

NFN = 692

085000

Universidad de Valparaíso
Facultad de Odontología
Cátedra de Odontopediatría

VARIABLES QUE INFLUYEN EN EL USO DE PACIFICADORES ORALES

Nombre alumnas: Ania Olguín Parada
Paula Pino Vásquez
Isabel Torres Tabilo

Docente guía: Dra. Luisa Torrijos M.

Trabajo de investigación
Requisito para optar
al título de
Cirujano - Dentista

Valparaíso-Chile , 1996

A mi madre Dinelly, una mujer excepcional que me ha apoyado siempre.

PAULA.

A mis padres Manuel y María Yolanda por su apoyo incondicional y a mis hermanos Manuel, Cristián, Marcelo y Mauricio, por su ayuda y confianza constante.

ANIA.

A mis padres, por creer en mi y apoyar mis desiciones, alentándome siempre a seguir adelante, y por todo el amor dedicación que me han dado en todos estos años.

A mis abuelitos, Guillermo e Irma, por todo el cariño y preocupación.

A mis hermanos Pedro y Willy, por su inmensa paciencia.

A Dios.....por todo.

ISABEL.

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestros más sinceros agradecimientos a:

- Dra. Luisa Torrijos, por su ayuda y guía en el desarrollo término de este seminario.
- Dra Cecilia Shellhorn
- Dra. Elaine Tomasi, miembro del centro de pesquisas epidemiológicas, Facultad de medicina, de la ciudad de Pelotas, Brasil.
- Señor Cristian Ribalta.
- , Señor Patricio Carmona.
- Señor Iván Campos.
- Señor Felipe Hugo.
- Señor Mario Pino.
- Director del Hospital Gustavo Fricke, Dr. Nestor Iribarra Espinoza y en especial a la Sra. Julia Vilches, matrona jefe de dicha entidad.
- Director de la Clínica Reñaca, Dr. Patricio Leixelard, y en especial a la Sra. Susana Cartasegna, matrona jefe de dicha entidad.
- Director del Hospital Carlos Van Buren Dr.Mario Valenzuela, y a la Sra. Irene Flores matrona jefe de dicha entidad.
- Empresa Chicco, y en especial a su gerente el Sr. Mauricio Motles D.
- Empresa Mam, y en especial al gerente general de dicha entidad, el Sr. Ricardo Lavan.
- Empresa Argos S.A. , y en especial a Patricia Jara, jefe de productos de la empresa.
- Plásticos Gloria, y a su gerente general el Sr. Roberto Betingani.
- Gerber Chile S.A., a su gerente general de dicha entidad el Sr. Fernando Orellana, y en especial a Patricia Montero.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
SICOLOGÍA DE LA SUCCIÓN	2
Etapa oral (Sigmund Freud)	3
Estadio sensoriomotor (Piaget)	3
SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO DEL LACTANTE	5
Fisiología de la succión	6
Deglución infantil	7
La boca del lactante: Complejo anatómico funcional	9
Los labios	9
Las mejillas	9
La lengua	9
Los músculos	11
El maxilar superior	11
El paladar duro	12
El paladar blando	12
El maxilar inferior	12
Articulación temporomandibular	12
Los rodetes maxilares	13
Las glándulas salivales	13
Los ganglios linfáticos	13
SUCCIÓN NUTRITIVA	14
Binomio madre-hijo	14
Lactopoyesis y eyección	15
Alteraciones de la lactancia	17
SUCCIÓN NO NUTRITIVA	18
Succión de pacificadores	18
Succión de mamaderas	19
ETIOLOGÍA DE LOS MALOS HÁBITOS DE SUCCIÓN	22
PACIFICADORES ORALES	24
Consecuencias del uso de pacificadores	26
Alteraciones dentarias	26
Infecciones	27
Hipersensibilidad	28
Alteraciones funcionales relacionadas con la succión no nutritiva	28
El mercado de los pacificadores	30
Descripción de los pacificadores	30
Marcas comerciales	31
Requerimientos técnicos para la seguridad en la fabricación de pacificadores orales	35

OBJETIVOS	37
Objetivo general	37
Objetivos específicos	37
MATERIALES Y MÉTODOS	38
RESULTADOS	39
DISCUSIÓN	54
CONCLUSIONES	57
SUGERENCIAS	58
RESUMEN	59
BIBLIOGRAFÍA	60
ANEXOS	65

INTRODUCCIÓN

El uso de pacificadores se ha convertido hoy en día en una práctica universal. Los pacificadores fueron ideados inicialmente para calmar a los bebés que de una u otra forma presentan avidez por succionar, siendo este un reflejo incondicionado presente desde el momento de nacer.

Los pacificadores hechos de látex y silicona, en diferentes formas tamaños y colores son comercializados en lugares como farmacias, supermercados, tiendas etc., haciendo más fácil el acceso a ellos. El marketing asociado a estos productos es tal que se relaciona al pacificado como símbolo del niño

Existen marcas comerciales que apoyan el uso de pacificadores haciendo énfasis, en que es preferible que el niño sucione un pacificador antes que su dedo, ante esto nos preguntamos ¿no será más dañino hacer que el bebé adquiera el hábito, (muchas veces forzándolo) para luego cuando "la madre decida "quitárselo?", ¿no será mejor promover una adecuada lactancia tanto en tiempo como en forma, satisfaciendo a través de esta y del contacto cercano de la madre el deseo innato de succión, y de esta manera no requiera de pacificadores o succionar su dedo?.

Las madres, sin distinción de nivel socioeconómico y cultural, dan pacificadores a sus hijos, muchas veces porque no tienen tiempo para atenderlos mientras intranquilos, o para que concilien más rápidamente el sueño o simplemente porque es una costumbre.

Existen una serie de desventajas, asociadas al uso de pacificadores, que las madres ignoran, como por ejemplo, alteración del lenguaje, infecciones, deformación de los dientes, acortamiento del periodo de lactancia, etc. Estas deberían ser tomadas en cuenta antes de tomar la decisión de dar a su hijo un pacificador. Precisamente debido al gran desconocimiento tanto de las madres como del equipo médico (odontólogos, matronas, pediatras), se hace necesario profundizar a cerca de los pacificadores, sus ventajas y desventajas, sus riesgos y beneficios.

Este trabajo tiene por objeto investigar las variables que influyen en el uso de pacificadores, y dentro de esto averiguar cuales son los motivos que inducen a la madre a dar a sus hijos un pacificador, así como observar si se producen interferencias con la lactancia.

SICOLOGÍA DE LA SUCCIÓN

Desde los tiempos de Sigmund Freud, se ha intentado dilucidar el por qué de ciertas actitudes de los niños(lactantes), qué motiva y provoca, reflejos como el llanto y el de moro. La succión no ha escapado a estas interrogantes, así Freud postuló la teoría de la personalidad humana que se forma de tres componentes:

- El subconsciente
- El yo
- El super yo.

Desde el nacimiento en adelante al experimentar las respuestas del mundo en que vive, la mente del niño será progresivamente estructurada.

(Braham,Morris1989). El subconsciente que esta presente en el momento del nacimiento es la fuente de motivaciones y deseos, opera sobre el principio del placer. Inicialmente los infantes son egocéntricos en el sentido que no se diferencian ellos mismos del resto del mundo, todo lo que hay es para su satisfacción. (Papalia ,1993). Conocen solo sus deseos y exigen que se les satisfaga. A esta área de deseos y exigencias se la denomina Id, Ello, o Subconsciente. (Braham, 1989).

Cuando el niño presenta el displacer del mundo real ante sus exigencias y la mayor aceptación cuando sabe esperar, comienza a formarse la estructura mental más importante, llamada ego o yo.(Braham, 1989). El yo representa la razón, opera sobre el principio de la realidad buscando una forma aceptable de obtener satisfacción este se desarrolla durante el primer año de vida. (Papalia ,1993). La fuerza o debilidad de esta estructura determinara en último término lo bien que viva consigo mismo y funcione en el medio. (Braham, 1989)

Más tarde llegará una estructura llamada super ego o super yo (Braham, 1989), que representa los valores que los padres y otros agentes de la sociedad comunican al niño. Las teorías psicoanalíticas sostenidas por S. Fuere destacan la interacción entre ambiente y sociedad para el desarrollo emocional del individuo (Cocha y Medir 1994). Niños y adolescentes atraviesan por una secuencia invariable de etapas en el desarrollo sicosexual, en las cuales la gratificación o placer cambia de una zona del cuerpo a otra. Freud conecta el desarrollo de la personalidad humana con el físico, al suponer que en las distintas edades ciertos órganos del cuerpo están cargados con energía síquica instintiva. Así existen:

- Etapa oral
- Etapa anal
- Etapa fálica
- Etapa genital.

ETAPA ORAL (Sigmund Freud)

Nos extenderemos en esta primera etapa, que dice relación con la succión. La etapa oral comprende desde el nacimiento, hasta los doce o dieciocho meses, en ella la principal fuente de placer está orientada hacia las actividades de la boca, como succionar y comer; aquí el lactante desarrolla una experiencia satisfactoria al succionar, más aún cuando ésta se relaciona con alimento (leche materna).

La alimentación es la principal fuente de satisfacción sensual, se logra mediante la estimulación de la boca,

labios y lengua. El niño disfruta de los chupetes, biberones, dedos y de cualquier cosa que pueda introducir en la boca. Durante la lactancia la boca es la parte más importante del cuerpo y se convierte en el órgano a través del cual el lactante obtiene y el alimento vivificador. Para la interacción del lactante con su ambiente son importantes la boca los ojos, los oídos, la nariz y todas las sensaciones. Durante esta interacción temprana con el ambiente, la madre es la donante, mientras el niño es el receptor. El niño explora el cuerpo y lo que lo rodea mediante su boca, su piel y su ritmo, mientras que los padres le transfieren un concepto del cuerpo y de lo que lo rodea, junto con sensaciones de seguridad y confianza básicas. Al principio el niño no percibe límites entre él y su madre; por el contrario se siente fusionado con ella; esto es llamado simbiosis: (Koch y Meeder, 1994)

Freud sostenía que los bebés cuyas necesidades orales no se satisfacen, se quedan estáticos en la etapa oral, y continúan intentando satisfacer tales necesidades a través de la vida. Pueden adquirir malos hábitos como onicofagia o desarrollar personalidades tremendamente críticas. El desarrollo negativo puede significar que el niño muestre resignación y se torne remiso e indiferente y también que mame y duerma en forma inadecuada. Otros patrones de desarrollo negativo incluyen al niño que rehuye; que se niega a mamar, comer; que evita el contacto que grita y es inconsolable. Las consecuencias de esto pueden ser inseguridad y desconfianza básica e incluso dificultad o imposibilidad para desarrollar la capacidad de contactarse.

La teoría Freudiana sostiene que como esta etapa se relaciona con una total dependencia de la madre, algunas personas, cuando se sienten ansiosas e inseguras, pueden desear inconscientemente regresar a la infancia, cuando se las cuidaba. (Papalia, 1993)

ESTADIO SENSORIOMOTOR (Piaget)

Así como Freud explica en parte lo relativo a la succión, Piaget también lo hace en su descripción del estadio sensoriomotor, el que está dividido en seis subestadios según la edad de los niños. El que a nosotros nos interesa es el subestadio 1, relacionado con el ejercicio de los reflejos, que va desde el nacimiento hasta el primer mes.

De todos los reflejos, el reflejo de la succión, es activado tanto por estímulos externos que llegan a los labios, como sin ellos, de tal manera que ejercita la succión al margen de la situación de alimentación. En este ejercicio, Piaget ve un ejemplo de asimilación funcional, es decir, el organismo tiende a poner en práctica las posibilidades de que dispone. Así el ejercicio de la succión por sí misma, fuera del contexto de la alimentación, contribuirá a consolidar el esquema sensoriomotor inicial a través de la repetición. (Palacios J; 1985)

Según Piaget, la necesidad de repetición, es uno de los aspectos del proceso general de asimilación, que se puede observar en cualquier bebé de pocos días que succiona todo aquello que llega a sus labios (mano, dedos, almohada), esta tipo de asimilación se da sólo cuando el niño no siente un hambre especial.

La acomodación está también presente en la conducta del niño, así en un principio, el bebé sólo succiona cuando se le introduce el pezón a la boca, luego puede tomarlo y descubrirlo, aprendiendo a reconocerlo y a distinguir lo que alimenta y lo que no alimenta, ejemplo claro del aprendizaje en función de la experiencia. Es así como el reflejo de la succión se va convirtiendo en un esquema creciente elaborado y dotado de una organización más rica de aquella con la que comenzó. (Palacios, 1985)

La necesidad fisiológica de succionar cesa a los 9 a 12 meses. La necesidad síquica permanece por un tiempo, por ejemplo cuando el niño se siente infeliz, agotado o está por dormirse, situaciones en que regresa a un nivel de desarrollo previo. En ocasiones la necesidad de succionar puede continuar hasta después de los tres años, lo que acarrea problemas de mordida abierta y de desarrollo del habla. Las causas de esto son variadas. Puede tratarse de una conducta aprendida, pero se cree que deriva de una necesidad temprana o todavía insatisfecha de succionar o quizá una necesidad de consolución por su seguridad insuficiente. Un chupete puede funcionar como un tapón social que oculta la necesidad de contacto con sus pares y con adultos. El chupete y los hábitos de succión deben ser sustituidos en forma gradual por otras formas de contacto, actividades adecuadas a la edad y estimulación. (Koch y Meeder, 1994)

SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO DEL LACTANTE

El sistema estomatognático es una unidad morfofuncional, que esta formada por las piezas dentarias las estructuras periodontales, los huesos maxilares, ambas articulaciones temporomandibulares, los músculos masticadores los músculos de labios y mejillas , la musculatura de la lengua , glándulas , vasos y nervios correspondientes a estos tejidos. (Ramfjord, 1972)

El funcionamiento de este sistema es llevado a cabo por los músculos guiados y comandados por el sistema nervioso central ;su capacidad funcional y el mantenimiento de su salud dependen de la armoniosa correlación entre sus estructuras. Existen diversos medios de adaptación que representan un esfuerzo para mantener el equilibrio fisiológico durante toda la vida.(Ramfjord,1972)

Este aparato se ha desarrollado como respuesta a múltiples demandas funcionales, tales como succión, masticación, deglución , respiración, fonoarticulación; además existe el importante papel de las posiciones posturales, en ellas existe un equilibrio entre las fuerzas intra y extrabucales, evitando pasivamente el desplazamiento de los dientes. (Moyers ,1976;Graber,1980)

La forma y función están íntimamente relacionadas. Cada función se realiza por un grupo de tejidos blandos apoyados en elementos esqueléticos. (Moyers,1976, Graber, 1980)

La totalidad de los tejidos blandos asociados a una sola función se denomina "Matriz funcional". Según la teoría de Moss , el origen , crecimiento y mantenimiento de la unidad esquelética depende casi exclusivamente de su matriz funcional , lo cual produce una profunda reacción en el hueso y afecta su morfología final .(Graber T M , 1980)

El tejido óseo es uno de las más duros de la economía pero también es uno de los más plásticos Las estructuras óseas son susceptibles de deformarse, bajo influencias funcionales o parafuncionales.

La integridad de las arcadas y la relación entre los dientes son el resultado de un patrón morfogenético, modificado, por las fuerzas estabilizadoras y activas de los músculos. La estabilidad resultante depende de la suma total de todos los elementos genéticos epigenéticos ambientales morfológicos y fisiológicos . (Moyers,1976 ; Graber,1980).

FISIOLOGÍA DE LA SUCCIÓN

Las reacciones o los reflejos incondicionados están presentes al momento del nacimiento y aparecen como parte normal de la maduración neuromuscular. Se han observado fluoroscópicamente en el niño, incluso antes de nacer, contracciones bucales y otras respuestas reflejas. Esta temprana organización nerviosa del niño le permite alimentarse de su madre y agarrarse a ella, como lo demuestran los reflejos de succión, asimiento, y el reflejo de Moro, todos presentes al nacimiento. Es preciso que estos reflejos incondicionados existan, para que el recién nacido desde antes del nacimiento se alimente y sobreviva. (Enlow, 1992)

Veintiún días después de la concepción, cuando el embrión mide solo 3mm de largo, la cabeza comienza a formarse, entre la tercera y octava semana de vida intrauterina se desarrolla la mayor parte de la cara. (Graber, 1974)

Las estructuras bucales son de temprana formación embriológica, lo que permite desarrollar la succión y deglución. (Schellhorn, 1995)

Durante la vida prenatal el sistema neuromuscular humano madura de manera desigual. Un ejemplo de ello es la zona bucofacial que madura antes que las extremidades, pues la boca es el sitio primario de la respiración, la alimentación y la protección de la vía respiratoria. (Enlow, 1992)

Entre las semanas catorce y treintidós de la vida intrauterina, los reflejos respiratorios, los de cierre mandibular, el reflejo faringeo, la succión y la deglución infantil se desarrollan de manera sistemática. (Enlow, 1992).

Según Hooker y Humprey, la sensación táctil está bien desarrollada, en el recién nacido, a las catorce semanas de vida intrauterina el estímulo de los labios causa movimiento de la lengua, la estimulación del labio superior puede causar el cierre de la boca y deglución; la respiración es posible a las veinticinco semanas, a las veintinueve semanas la acción de mamar es posible, a las treinta y dos semanas las funciones de mamar y deglutir en conjunto. (Graber, 1974)

La región bucal presenta, en el ser humano, el valor más elevado de funciones sensoriomotoras de integración. Tanto es así que al nacer la agudeza táctil se encuentra mucho más desarrollada en la boca que en los dedos. Los estímulos táctiles locales, en especial en los labios y la parte anterior de la lengua, guían de modo primario las funciones bucales del lactante. (Enlow, 1992) Los labios del lactante son un órgano sensorial y es la vía al cerebro que se encuentra más desarrollada, además al nacimiento es la vía de comunicación con el mundo exterior, el niño se lleva todo tipo de objetos primero a la boca, siendo esta la guía sensorial para todas las actividades, incluyendo el movimiento maxilar, cubre una gran zona y e incluye contactos múltiples para la entrada de sensaciones (lengua, labios, paladar blando, pared faringea posterior y articulación temporomandibular). Posteriormente con el desarrollo de otras sinapsis y vías no necesita tanto de esta vía de comunicación

La succión es una función vital, instintiva y refleja donde se realizan finos y complejos movimientos de los músculos orofaciales que intervienen en un delicado proceso, en donde existe succión, deglución y respiración (Schellhorn, 1995).

La boca del niño y el pecho de la madre forman una eficiente unidad de succión que trabaja en base a presiones negativas de vacío, que permiten al niño extraer el alimento y deglutirlo oportunamente, sin apuros y atragantamiento. (Sellhorn, 1992)

La posición clásica de mamar y tragar del recién nacido descrita por Bosma, muestra la cabeza extendida, la lengua alargada y adosada al piso de la boca, los maxilares separados y los labios adosados alrededor del pezón. (Graber, 1974).

La elevación y el abatimiento rítmico de la mandíbula producen cambios secuenciales en las posturas linguales en coordinación con sus contracciones de succión. Las actividades en el acto de mamar se relacionan de manera estrecha en el tiempo con las funciones motoras útiles para conservar la posición de la vía respiratoria. En el recién nacido siempre existe conservación de la mandíbula en sentido anteroposterior, estabilización de la lengua y pared faríngea posterior, permitiendo con ello un diámetro uniforme en la vía respiratoria (permeabilidad respiratoria). (Enlow, 1992)

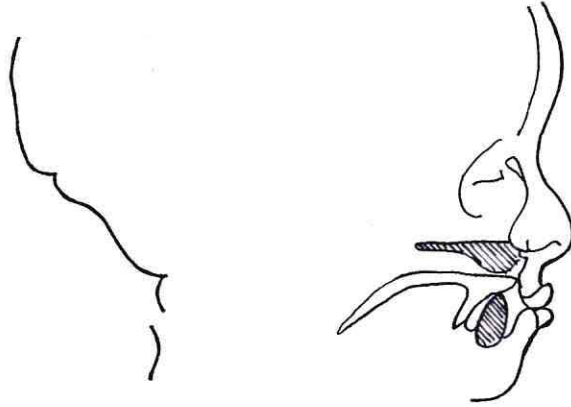
Los finos y complejos movimientos de los músculos que intervienen en el tríptico funcional, succión, deglución, respiración, se acumulan y se graban en la corteza cerebral como imágenes motrices de los movimientos, estas imágenes son las llamadas praxias que forman el patrón funcional que servirá de base para el desarrollo y maduración de todas las funciones del sistema estomatognático del adulto. Se fijarán praxias anómalas cuando exista una distorsión funcional de alguno de los elementos funcionales que participan en este proceso, lo que derivará en alteraciones funcionales que de no ser compensadas, alterarán el desarrollo de estructuras maxilo-faciales. (Shellhorn, 1995)

La succión es una función que está codificada genéticamente para alimentar al bebé durante los primeros meses de vida, pero está destinada a extinguirse progresivamente a medida que el niño se acerca a los seis meses de edad y no necesita de ella porque adquiere nuevas habilidades para alimentarse. La salivación abundante y la aparición de los primeros dientes, son signos evidentes del comienzo de la extinción de la succión como única forma de alimentarse y madurez funcional de las estructuras bucales. (Shellhorn, 1995)

DEGLUCIÓN INFANTIL

La deglución se manifiesta desde muy temprano, a las seis semanas de gestación ya hay manifestaciones de actividad deglutoria. En el recién nacido la lengua está en posición postural de succión, hacia adelante, y parece relativamente grande. La punta de la lengua toma parte en el sellado labial anterior, insertándose en las almohadillas gingivales. Esta posición de la lengua y la deglución coincidente se llaman infantil o visceral. (Manns, 1983)

Fig N°1



Moyers ha enunciado las características del movimiento de deglución infantil como sigue:

- 1) Los maxilares se separan con la lengua colocada entre las encías .
- 2) El maxilar inferior estabilizado primordialmente por la contracción de los músculos del séptimo nervio craneal y la lengua interpuesta.
- 3) El movimiento de deglución es controlado y guiado principalmente por un intercambio sensorial entre labios y lengua.

4) La actividad neuromuscular orofacial y lingual de tipo peristáltico lleva al líquido o bolo alimenticio desde la cavidad oral hasta la faringe. El alimento es luego propulsado a través de la faringe, por los músculos constrictores faríngeos hacia el esófago .

La deglución infantil se debe a una significativa diferencia en la morfología y maduración orofacial como al gran tamaño, orientación y sistema suspensor de la lengua. (Hopkin, 1967)

Durante el segundo semestre del primer año de vida, el reflejo deglutorio comienza a modificarse por el cambio de alimentación, de líquida a semisólida o sólida y por la erupción dentaria. Este periodo entre seis a doce meses de edad se denomina de transición y esta condicionado fundamentalmente por la maduración neuromuscular, el cambio en la postura de la cabeza y el efecto gravitacional de la mandíbula. Existen movimientos de apertura y cierre más precisos, una postura linguae más retruida y se inicia el aprendizaje de la masticación (Graber, 1980; Manns, 1983)

Más o menos a los seis meses al erupcionar los incisivos la lengua se empieza a retraer, madurando la deglución entre los dos y cuatro años

Hay factores que causan la persistencia de la deglución infantil ya sea juntos o separados, la succión digital, la alimentación por medio de mamadera, succión de pacificadores respiración bucal, succión lingual o un retardo en el desarrollo atribuible al S.N.C. (Graber, 1987)

La respiración, como la succión y la deglución es una función refleja inherente. Bosma y cols. han analizado la respiración en el lactante y han encontrado que la respiración silenciosa se lleva a cabo principalmente por la nariz, con la lengua próxima al paladar

obturando la vía bucal. Durante la respiración se activan faringe y laringe, aquí el lactante hace distinción con actividades relacionadas como tosido, quejido, estornudo, llanto; la postura afecta significativamente la respiración. (Graber, 1974)

LA BOCA DEL LACTANTE: COMPLEJO ANATÓMICO FUNCIONAL

LOS LABIOS

Forman un cinturón muscular, constituido por el músculo orbicular, este tiene varias capas de fibras musculares dispuestas en diferentes direcciones. Sus fibras se entrecruzan en las comisuras, y se unen hacia los lados con el buccinador actuando como un esfínter. La parte media del labio superior del lactante presenta un botón labial, estructura ricamente inervada y de gran sensibilidad, que estimula el reflejo de succión y contracción simétrica del labio para adherirse firmemente al pecho .

En relación a los labios, una correcta posición es aquella en que el labio superior e inferior se encuentran evertidos para adosarse en todo el contorno de la areola, formando un cinturón muscular que hace un micromasaje en la zona de los senos lactíferos cuando el niño succiona, siendo este micromasaje más importante que la forma del pezón. (Schellorn ;1996) A través de estas posiciones, el labio superior cumple la función de tensar el frenillo labial y traccionar la premaxila estimulando el desarrollo de la base ósea maxilar. Por otro lado, el labio inferior cumple una función similar a lo largo de toda su inserción en la porción alveolar de la mandíbula, estimulando el desarrollo del hueso y de los dientes que están en su interior.

La mucosa labial del recién nacido presenta pequeñas papilas mucosas o vellosidades (pars vilosa) que le dan mayor sensibilidad y adherencia al pecho estas papilas desaparecen pronto si el niño no es amamantado. (Shellhorn, 1995)

LAS MEJILLAS

Están constituidas por el músculo yugal o buccinador, este músculo comienza con las fibras de decusación del músculo orbicular. El buccinador se extiende hacia atrás insertándose algunas fibras en el rafe terigomaxilar por detrás del último molar; en este punto se mezcla con las fibras del músculo constrictor de la faringe y continua hacia atrás y adentro para unirse al tubérculo faríngeo del hueso occipital. Este cinturón muscular se conoce como mecanismo del buccinador, es de gran importancia en las funciones de succión deglución, y ejerce un papel de guía restrictiva, este mecanismo se contrapone a la fuerza interna ejercida por la lengua. Aberraciones en la función muscular que afecten este equilibrio pueden producir marcadas maloclusiones. (Graber, 1980; Schellhorn, 1992, 1995) .

La bola adiposa de bichat , que se encuentra entre las fibras musculares , en el lactante sirve de cojinete de contención para que la mejilla no se introduzca entre los rodetes marginales al hacerse el vacío de succión. (Shellhorn, 1995)

LA LENGUA

La lengua esta muy desarrollada en su capacidad funcional en el momento del nacimiento, por el importante papel que jugará en la lactancia. Tiene gran libertad de movimientos, por estar anclada en solo uno de sus extremos a una estructura ósea, lo que le permite deformar las arcadas cuando su función es anormal. Sus movimientos de

expansión y protrusión son contrarrestados por el mecanismo del buccinador. Una actividad anormal de la lengua en algunos casos es el resultado de una acción compensadora de un patrón morfogenético anormal o es residuo de la deglución viceral infantil. (Graber, 1980; Schellhorn, 1992, 1995)

La lengua modera todas las funciones del sistema estomatognático, esta formada por 17 músculos lo que le permite cambiar de forma y ubicación según la necesidad funcional. Posee una rica inervación sensoriomotora, que le permite discriminar texturas y sabores, y responder en forma refleja.

Los músculos que están formando parte de la lengua se dividen en extrínsecos e intrínsecos. El músculo intrínseco, esta constituido por el músculo transverso, que va desde el septum lingual hasta la mucosa de los bordes de la lengua, formado por fascículos transversales que se ubican en tres planos de profundidad, este músculo ocupa la mayor parte del cuerpo de la lengua. (Testut, 1964)

Los músculos extrínsecos, nacen de los huesos u órganos próximos, forman un armazón que la suspende de la mandíbula, maxilar superior carneo y la relacionan con el resto de las estructuras orofaríngeas .

La base esta unida al hioides y a la apófisis estiloides del hueso temporal .

En los primeros meses de vida estos músculos actúan en forma refleja en base a estímulos, esto asegura una función sincronizada y armónica en la complejidad de movimientos que debe realizar el lactante .

Al succionar la lengua cambia de posición se adelanta para buscar al pecho, se acanala para recibir el pezón engruesa su base para traccionarlo, se ensancha y expande para presionarlo contra el paladar y los rodetes maxilares. La lengua, para succionar se proyecta delante de la encía inferior. La porción anterior envuelve al pezón y parte de la areola, presionándolos ligeramente contra la encía superior y el paladar, manteniéndose en esta misma posición, tanto para succionar, como para deglutir y respirar. (Schellhorn C; 1992) La lengua al amamantar se ubica de tal modo que produce una presión negativa a nivel del paladar por ende el piso de la nariz desciende permitiendo un buen flujo de aire al sistema respiratorio. (Schellhorn, 1996)

Junto con la mandíbula forma el complejo linguo mandibular que por medio de movimientos rítmicos hacia arriba, abajo adelante y atrás, gracias a la guía condilar que en esta etapa es plana, produce un efecto de émbolo (Olivares, 1986) que genera un vacío posterior, en tanto el mecanismo del buccinador se contrae y se relaja en forma alternada (Finn 1980) lo que permite el flujo de la leche hasta el fondo de la boca para ser deglutida en forma refleja, para esto el pezón y la areola, deben formar un cono que permita llegar con la punta del pezón hasta el límite del paladar duro, donde la leche al caer desencadena el reflejo de deglución y elevándose la base para cerrar la vía aérea superior.

La lengua produce presiones funcionales activas propias de la succión, estas son de dos tipos, de vacío-tracción y presión-expansión. Las de vacío-tracción son presiones negativas ejercidas en la succión al adosarse la lengua al paladar y los rodetes ser traccionados por la mandíbula al hacer el movimiento de succión hacia abajo y adelante. Las fuerzas de presión-expansión se producen al apoyarse la parte anterior y media de la lengua contra el paladar y los rodetes maxilares en el momento de la deglución

En estado de reposo la lengua produce fuerzas propias de tono muscular que varían en su acción si el estado de reposo es normal o alterado. En forma normal en reposo la lengua esta colgada del paladar anterior y actúa como una potente fuerza de tracción y vacío, que es capaz de mantener suspendido todo el complejo mandibular en la posición adecuada para dejar despejada el área posterior. Esta fuerza de vacío, mantiene la amplitud necesaria de la zona orofaríngea para permitir una respiración normal y eficiente.

Cuando se rompe este vacío, en un estado alterado, como por ejemplo por la interposición de algún elemento como: chupete, mamadera, dedo, la lengua se apoya en los rodetes inferiores y deja caer su peso en la mandíbula actuando como una fuerza de presión positiva, la que si bien es ligera arrastra a todo el complejo linguomandibular a una posición alterada modificando espacios y las fuerzas de presión naturales de la zona orofaríngea .

Si la lengua esta frecuente o permanentemente en una posición alterada de reposo, obligara a que se desarrollen mecanismos compensatorios para respirar y deglutir; iniciándose de esta forma las disfunciones frecuentes del sistema estomatognático: la respiración bucal y la deglución atípica.

La normalidad de las funciones y el equilibrio de las fuerzas son fundamentales para lograr un desarrollo armónico del sistema .(Sellhorn,1992)

LOS MÚSCULOS

Son más de 90 , tienen rica inervación y vascularización y una alta especialización neuromuscular .

Desde el punto de vista de sus relaciones anatómicas se agrupan en complejos funcionales entre los cuales se destacan :

- Complejo labio yugal, formado por los labios, mejillas y constrictor superior de la faringe .
- Complejo hioideo integrado por el hueso hioideo y los músculos suprahioideos
- Complejo linguomandibular formado por la lengua mandíbula y los músculos que se relacionan con ella.
- Complejo maxilo-mandibular que relaciona a los huesos maxilares .
- Complejo temporo-mandibular, con la articulación del mismo nombre y todos los músculos y elementos que la constituyen .
- Complejo palato-faríngeo que relaciona los músculos del paladar blando con la faringe
- Complejo otorrino-laríngeo constituido por pequeños y delicados músculos que relacionan el oído y la zona rinofaríngea. (Shellhorn, 1995)

Mientras los músculos masticadores realizan movimientos mandibulares, contracciones concomitantes de la lengua, los músculos faciales estabilizan la mandíbula durante el acto verdadero de deglución.(Enlow,1992)

Parece ser por el análisis del fenómeno de mamar que en ningún momento de la vida se utilizan más músculos para ingerir alimentos que en la lactancia. (Graber,1974)

EL MAXILAR SUPERIOR

Esta formado por dos hemimaxilares unidos en su línea media por un cartílago, que se osificará posteriormente .(Bouchet, 1979)

EL PALADAR DURO

Forma el techo de la boca y el piso de las fosas nasales. Esta formado por las apófisis palatinas del maxilar superior y la porción horizontal del hueso palatino que se le une a su borde posterior. El cartílago que une a estas estructuras en la línea media permite que el paladar sea modificado por las fuerzas de presión o tracción que ejerce la lengua desde el interior de la boca y la presión que ejerce la columna de aire que entra por la nariz. (Shelhorn, 1995)

EL PALADAR BLANDO

El paladar blando y la úvula tienen una activa participación en el sincronismo funcional succión deglución respiración y en la formación del complejo otorrino laríngeo.

Su cara superior se relaciona a ambos lados con la salida de la trompa de eustaquio. Los movimientos de la succión deglución permiten que la trompa se abra y colapse oportunamente transmitiendo al oído un juego de diferentes presiones necesarias para su buen funcionamiento .

Hay haces musculares del velo que se insertan en la porción petrosa del temporal y en el cartílago del conducto auditivo, y al igual que la articulación temporomandibular en el periodo de lactancia tienen una participación importante en el modelado de las estructuras que forman el oído.

En la parte media de la cara superior se encuentra relacionado con la amígdala faríngea, elemento adenoideo que protege la entrada al árbol respiratorio y que se activa y drena con cada movimiento de deglución.(Sellhorn, 1995)

EL MAXILAR INFERIOR

Esta suspendido de la base del craneo por elementos musculares. De él pende el hioides la lengua y la laringe, con los que forma complejos anatomofuncionales. En el recién nacido la rama manipular tiene una forma casi horizontal siguiendo la forma del cuerpo. En los primeros seis meses la intensa actividad de los músculos relacionados con la succión, modelan sus estructuras, llevándolas a una posición más vertical, para adecuarla a nuevos movimientos.

La mandíbula y la lengua forman el complejo móvil de la cara complejo linguo-mandibular. En los movimientos de succión se adelantan rítmicamente, frotan los rebordes, estimulan las glándulas salivales, drenan el sistema linfático, y despejan la vía respiratoria o digestiva según sea el caso .

LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

Formada por el condilo de la rama mandibular, la cavidad glenoidea de la porción petrosa del hueso temporal, un menisco, fascículos tendinosos y musculares y una cápsula articular que los constituye una unidad funcional .

Única articulación doble de nuestro organismo, relaciona ambos lados de la cara y la base del craneo. Permite el desplazamiento simétrico de la mandíbula hacia abajo y adelante en cada movimiento de succión. Los condilos y las cavidades glenoideas en los niños aparecen como superficies planas , pero en los primeros seis meses sufren una intensa transformación anatómica. De la simetría de su función depende la simetría de

su modelación. Por ello es importante que el niño no volteé la cara al mamar ya que al hacerlo se produce una contracción asimétrica de los músculos.

Los movimientos de adelantamiento y descenso mandibular de la succión son indispensables para el desarrollo y modelado del cóndilo articular y de la porción petrosa del órgano del hueso temporal, que contiene en su interior el órgano del oído. (Shellhorn, 1992-95)

LOS RODETES MAXILARES

Al nacer el niño se hallan en los rodets los veinte gérmenes dentarios de los dientes temporales y vestigios de los dientes definitivos. Están recubiertos por una mucosa firme sensible, vascularizada, con irregularidades que corresponden a los puntos de erupción dentaria. Se pueden encontrar unas formaciones de color blanco o grisáceo (nódulos de Bohn), constituidos por tejido glandular mucoso, que se desprenderán en el amamantamiento. También algunos niños pueden presentar excrecencias duras, perlas de esmalte, que corresponden a restos embrionarios de esmalte que posteriormente desaparecen.

En la succión la lengua frota los rebordes ejerciendo una poderosa fuerza de tracción que estimula el crecimiento del hueso alveolar y de los dientes que están en su interior. En el recién nacido el rodete mandibular esta más atrás, lo que permite que la mandíbula se desplace libremente durante la succión.

En el sector correspondiente a incisivos y caninos la mucosa presenta un repliegue (de Robin Migilot). ricamente vascularizado, que al momento de succionar se injurjita y actúa como segundo labio, que masajea suavemente al pezón y la areola. Esta repliegue se encuentra en ambos maxilares pero es más amplio en el maxilar superior. (Shellhorn, 1995)

LAS GLÁNDULAS SALIVALES

Durante el periodo de amamantamiento las glándulas salivales mayores (parótida, submaxilar, sublingual) producen pequeñas cantidades de saliva. El amamantamiento produce un desarrollo funcional de estas glándulas para producir la cantidad de saliva necesaria para cuando se cambie de alimentación.

LOS GANGLIOS LINFÁTICOS

Ellos se constituyen por grupos y forman el anillo linfático de Waldayer, que protege la entrada a la vía respiratoria y digestiva. Estos grupos de ganglios se interconectan por una red de vasos linfáticos que se relacionan directamente con la glándula central de este sistema, el timo, donde se producen linfocitos T que colonizan los ganglios cumpliendo funciones antibacterianas, antivirales y antiinflamatorias.

El fluido linfático se mueve y drena por la actividad funcional de los músculos, entre los cuales se encuentran ubicados los ganglios y los vasos.

Desde el periodo de lactancia, la succión y la deglución son actividades que drenan este sistema, manteniendo su eficiencia como sistema protector. Si no hay buen drenaje, logrado por una lactancia adecuada, este sistema se congestiona y se producen las infecciones del tracto respiratorio superior

Tiene una importancia preponderante en la lactancia el ganglio tubárico, que se encuentra protegiendo la entrada de la trompa de Eustaquio.

SUCCIÓN NUTRITIVA

Los patrones de amamantamiento son específicos para cada mamífero. El patrón de amamantamiento del ser humano, se caracteriza por una alimentación frecuente y regular, y por la necesidad de constante contacto materno para una adecuada organización neuro-sensorio-motora. (Schelhorn, 1995.)

La estrecha relación entre hábito de alimentación y factores de personalidad empieza poco después del nacimiento, un rápido establecimiento de prácticas de alimentación confortables contribuye en forma considerable al bienestar del niño

Las ventajas que representan para el lactante la satisfacción de sus necesidades alimenticias a medida que estas son expresadas son varias; sus requerimientos fisiológicos son satisfechos con prontitud, no aprende a asociar un prolongado llanto y malestar con la comida y es menos probable que desarrolle hábitos alimenticios defectuosos. (Morban, Lancer, 1982; Finn, 1980; Nelson, 1992).

Los sentimientos maternos son transmitidos al niño y determinan el marco emocional en que se desenvuelve la lactancia. (Finn, 1980; Nelson, 1973).

BINOMIO MADRE-HIJO

El éxito de la lactancia depende en gran parte de la comunión perfecta entre madre e hijo, y de un soporte adecuado tanto de la familia, como del equipo de salud.

Si bien la succión es una función básica e instintiva en el recién nacido, y la producción de leche un reflejo neuro hormonal, hay grandes variaciones en las actitudes madre hijo. (Schellhorn, 1995). Dependiendo de las características individuales del niño es la atención que necesita. (Graber; 1974). La alimentación de los lactantes requiere de una interpretación práctica de sus necesidades nutritivas, ya que los límites del apetito del niño normal son ampliamente variables. (Kurt, 1987; Finn 1990; Nelson, 1973). Algunos recién nacidos vacían una mama en cinco minutos otros son más vagos y tardan veinte minutos. La mayor parte de la leche la obtienen al principio de la toma; El 50% en los primeros dos minutos y el 80% y 90% en los primeros cuatro. Hay que permitirle al niño que succione hasta que quede satisfecho a menos que a la madre le duelan los pezones. (Nelson, 1992)

Si el niño queda satisfecho tras cada toma duerme dos a cuatro horas y gana peso en forma adecuada, el aporte de leche es suficiente.

Los niños con sueño ligero necesitan mucho contacto corporal con la madre durante los primeros meses. Las madres de estos niños despiertos y que están siempre alerta no deben deducir que le suministra poca leche. Sin embargo si el niño mama con avidez y vacía ambas mamas pero parece insatisfecho, no se duerme o duerme en forma caprichosa y despierta en una o dos horas, sin ganar peso en forma satisfactoria, es probable que el aporte de leche no sea el adecuado. (Nelson, 1992) Por esto las normas mínimas de lactancia no deben ser descuidadas, ni tampoco inflexibles. Al amamantar la madre debe emplear el tiempo suficiente, se recomienda un mínimo de 30 minutos. La mayor parte de los pediatras coincide en que este tiempo no se cumple. Lo ideal es acomodar el horario y tipo de alimentación de acuerdo con las tendencias naturales que cada niño en particular presenta. (MC Donald, 1990; Nelson 1973, Finn, 1980)

Si el niño se mantiene alejado de su madre por más de dos horas, postparto, se altera la secuencia de acontecimientos instintivo-reflejos relacionados con la búsqueda del pezón y la succión. En el niño se produce un desconcierto psicofisiológico que se manifiesta como dificultad, desinterés o poca urgencia por succionar. Lo mismo puede suceder cuando se da agua o dextrosa al recién nacido en un biberón poco adecuado. (Schellhorn;1992)

Los recién nacidos cuyas madres fueron sometidas a sedaciones obstétricas durante el parto succionan con menos frecuencia y consumen menos leche que los recién nacidos comparables cuyas madres no fueron sedadas. (Nelson,1992) Se ha observado también que las madres cesareadas, tienen la mitad de probabilidades de una lactancia exitosa que quienes tuvieron un parto normal. Esto se debe principalmente al manejo del binomio madre hijo, en las maternidades. Estas madres deben ser ayudadas en el principio de la lactancia para que sus bebés no requieran de alimentación complementaria, que retrasaría la bajada de leche e interferiría en la técnica de succión de este, corriendo el riesgo, la madre, de congestión mamaria y heridas en los pezones. (Casados ,1992)

LACTOPOYESIS Y EYECCIÓN

Mientras dure el amamantamiento, la boca del niño y el pecho de la madre constituyen una unidad morfofuncional interdependiente.(Schellhorn,1995).

La leche es producida por las células glandulares epiteliales dentro del pecho materno y es almacenada en pequeños racimos o espacios en forma de saco llamados alvéolos, alrededor de cada alvéolo hay una malla de células musculares (mioepiteliales).La producción adecuada de leche depende de dos factores principales :

1)Liberación de prolactina de la pituitaria anterior, la que estimula la producción de leche, (Cooncil,1991) reflejo llamado "de lactancia o lactopoyesis". La producción de prolactina tiene una relación directa con la frecuencia de las mamadas (estímulo del pezón), siendo entonces, la succión, el mejor método para estimular la producción de leche. (Schellhorn ,1995).

2)Liberación de ocitocina desde la pituitaria posterior, la que produce la contracción de células mioepiteliales permitiendo que la leche producida y almacenada sea liberada (Cooncil, 1991) reflejo llamado de "flujo o de eyección". Esta hormona también se produce por acción refleja al estimular el pezón y las papilas areolares durante la succión, pero la cantidad producida va a depender de la tranquilidad y el bienestar sociológico de la madre, de ello se concluye que estados de tensión disminuyen el nivel de ocitocina y por ende el reflejo de flujo .(Schellhorn ; 1992)

La leche drena de diez o quince senos lastimeros, los que se ubican por detrás del pezón y la extracción de leche es efectuada por la presión rítmica que lleva a cabo la lengua del bebé.

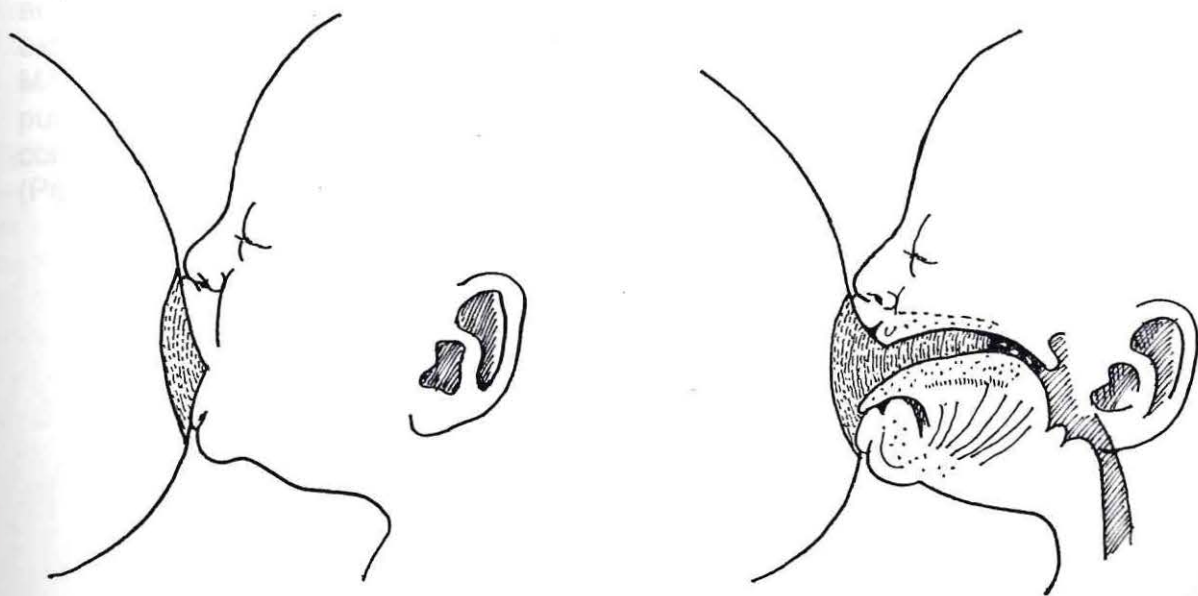
Los niveles de prolactina en la sangre aumentan constantemente durante el embarazo, pero la producción de leche no puede comenzar, hasta que las hormonas esteroidales placentarias, progesterona y estrógeno, han disminuido (esto en forma posterior al alumbramiento), al punto donde no inhiban la producción de la prolactina. El periodo de tiempo entre el alumbramiento y la producción de leche varia pero generalmente parece estar entre las 48 y 96hrs.

En respuesta a estímulos apropiados, la succión, cuyo momento óptimo de inicio es en las dos primeras horas de vida, produce impulsos nerviosos que son elevados a la pituitaria posterior y por medio de un reflejo incondicionado se produce la liberación de occitocina hacia el flujo sanguíneo materno. Esto afecta a todos los receptores de occitocina del cuerpo de la madre, incluyendo los ubicados en el útero, con la consiguiente retracción uterina y el menor sangrado postparto. Además la occitocina puede ser liberada por un reflejo condicionado en respuesta a la mirada o sonidos emitidos por el bebé como resultado de la preparación para la lactancia. (Council of Royal College of Midwives, 1991)

Una vez que se establece la lactancia su éxito parece depender más de una eficiente remoción de leche que de altos niveles de prolactina; como dijo un escritor: "El drenaje, no la producción de leche es condición sinecuanon para el amamantamiento". (Applebaum, 1970)

Para que el acoplamiento de la boca del niño al pecho de la madre sea funcional se requiere que el niño esté de frente sin voltear la cara, que los labios estén evertidos, y que la lengua se ubique adecuadamente. Esto permite que el niño introduzca el pezón y gran parte de la areola dentro de la boca. (Schellhorn C; 1992).

Fig 2



El reflejo de búsqueda del pezón, hace que el niño gire su cabeza y abra la boca intentando buscar el pezón afanosamente cuando algo roza su mejilla. El reflejo de succión hace que el niño realice en forma instintiva complejos movimientos de cara, labios, lengua y mandíbula, a través de los cuales extrae la leche del pecho. (Schellhorn C, 1992)

ALTERACIONES DE LA LACTANCIA

La experiencia clínica sugiere que un acoplamiento de la boca del niño al pecho de la madre en forma inadecuada, trae como consecuencia una disminución en la producción de leche. (Cooncil, 1991). Antes de concluir que la madre produce poca leche hay que excluir tres posibilidades :

- 1) Errores en la técnica de alimentación ; responsable del inadecuado progreso del niño .
- 2) Factores maternos remediables , relacionados con la dieta el reposo o problemas emocionales .
- 3) Transtornos físicos del niño que interfieren con la alimentación o con la ganancia de peso. (Nelson, 1992)

Existen problemas frecuentes en la lactancia dentro de los cuales se pueden mencionar

- Dolor: causado frecuentemente por la mala posición del niño al mamar . Si el niño introduce en su boca sólo el pezón, la presión de las encías sobre este produce dolor
- Heridas del pezón: como ya se menciona, su principal causa es la mala posición del niño al mamar .
- Congestión mamaria: Existen dos tipos de congestión, la congestión primaria que se manifiesta por mamas aumentadas de tamaño duras y sensibles por acumulación excesiva de leche. y la congestión secundaria en la que además de los síntomas anteriores se presenta edema del tejido intersticial de la mama, que en casos extremos oblitera los conductos impidiendo la salida de leche.
- Mastitis: la mastitis puerperal es un proceso infeccioso del tejido mamario, cuya puerta de entrada más frecuente es una herida en el pezón . Se caracteriza por dolor, congestión y eritema localizado, acompañado de malestar general, fiebre y calofríos. (Pérez Sanchez; 1992)

SUCCIÓN NO NUTRITIVA

Las investigaciones realizadas a lo largo de estos años, han demostrado que la succión no nutritiva es muy importante para el desarrollo temprano del niño y no debe ser desanimada. (Ravn,1974;Friman,1989)

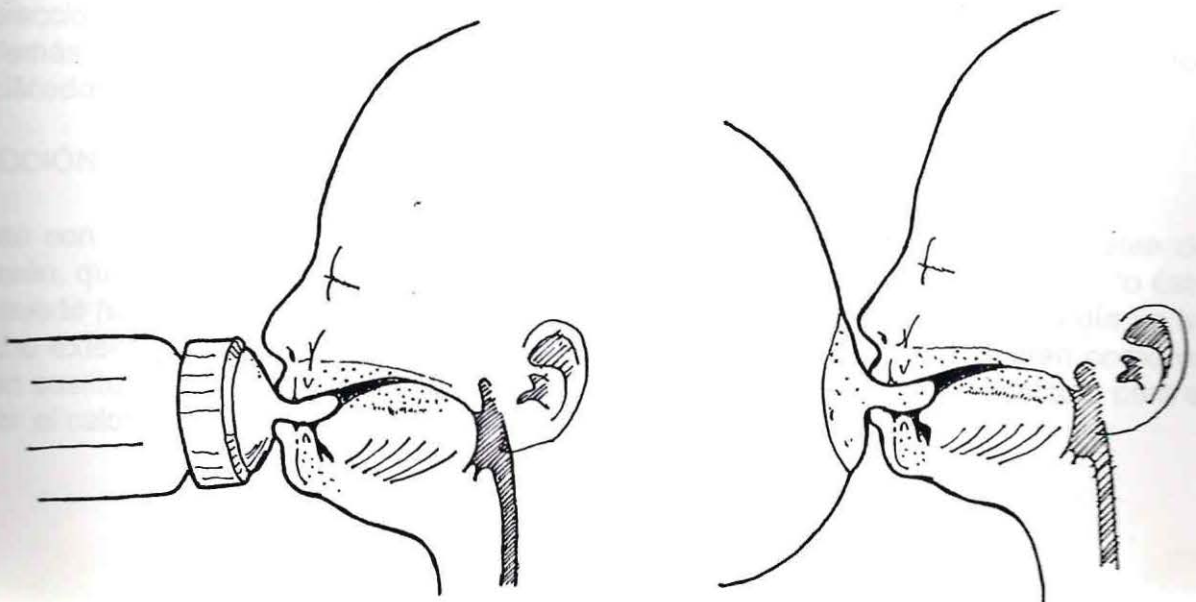
Los hábitos de succión en niños menores de dieciocho meses son considerados normales, pasado este periodo debieran desaparecer como parte del desarrollo normal del niño. (Braham.R.y Morris ,M. 1984.)

SUCCIÓN DE PACIFICADORES

El desarrollo de la succión es un reflejo innato y es susceptible de ser reforzado o modificado con conductas aprendidas.

Al usar un pacificador oral, el niño cambia su esquema de succión, ya no adosa sus labios en la areola del pezón, sino que toma sólo la punta de éste haciendo un cierre anterior. Se produce la llamada disfunción motora oral secundaria que se diferencia de la primaria, en que esta última forma parte de las alteraciones neuromotoras generales que presentan algunos niños, ya sea por inmadurez, o por problemas neurológicos definitivos o permanentes. **La disfunción motora secundaria** por uso de chupete o mamadera, se produce cuando al niño en sus primeras semanas, se le da mamadera o chupete de entretenimiento. En ella las estructuras orales adoptan una posición alterada, ya que el niño debe alcanzar una posición que le permita deglutir el líquido sin atragantarse, la lengua se ubica en una posición posterior para succionar solo el pezón del chupete grabándose este error funcional como un patrón anómalo, luego de esto el niño puede succionar el pezón de su madre usando este esquema errado de succión-deglución, en el que el niño toma solo el pezón y lo empuja con la punta de la lengua, en vez de envolverlo; los labios, no se evierten alrededor de la areola, sino que se cierran verticales en la base del pezón y las encías lo comprimen firmemente para evitar que se escape, pudiéndose producir una erosión en la punta y/o una fisura circular en la base del pezón, que provoca dolor a la madre, inhibe el reflejo de eyección y dificulta la extracción de leche.(Shellhorn C., 1995).

Fig. 3 (disfunción motora oral)



Estas heridas del pezón son indicativas de que se está produciendo una disfunción motora oral secundaria, que deberá ser tratada para salvaguardar tanto la lactancia como el buen desarrollo morfofuncional del niño. (Shellhorn C., 1996). Bastaría con dos veces que el lactante usara chupete o mamadera, para que grabara esta praxia motora anómala, esto va a depender del niño ya que se ha visto que en lactantes con un mecanismo de succión más fuerte es más fácil que esto ocurra. (Shellhorn, 1996).

Si bien la succión no nutritiva no debe ser eliminada tempranamente, el uso de pacificadores durante el periodo de amamantamiento estaría altamente relacionada con el destete precoz, por lo tanto su uso no debe ser recomendado en niños que tomen pecho, y el no uso de pacificadores debería ser incluido en una lista para una lactancia exitosa. (Victoria, 1993; Barros F.; Victoria C., y cols. 1995). Si embargo lo anterior en ningún caso es aconsejable usar el pecho como un sustituto de pacificador, durante el periodo del destete a riesgo de convertir al niño en un "adicto al pecho". (Casado, 1992)

Algunos autores han observado que el uso de pacificadores interfiere con la producción de leche debido a la escasa succión. (Unicef, 1989)

El uso frecuente del pacificador y mamadera puede llevar a menor estimulación de los pezones reduciendo la liberación de prolactina y por ende la producción de leche. (Di Prieto y cols, 1991)

La succión no nutritiva no debe ser eliminada a muy corta edad, pues forma parte de la fisiología normal de la infancia, pudiendo con ello causar al niño daño psicológico.

Di Prieto y cols. analizaron durante dos días consecutivos treinta y seis lactantes de cuidado intensivo que serían sometidos a intubación. Estos tenían menos de 34 semanas de gestación, y un peso que fluctuaba entre 1000 y 2000 gramos; en ellos se registró latido cardíaco, saturación de oxígeno, estado de conducta y respuestas defensivas del lactante frente a la intubación. Estas variables se midieron con y sin el uso de pacificador. Se concluyó que los pacificadores se asocian a la disminución de conductas angustiosas, durante la incubación, pero no afecta significativamente las mediciones fisiológicas. Sin embargo, no es posible determinar si estos periodos de desestabilización son reducidos directamente por mecanismos automáticos activados por el uso del pacificador o indirectamente a través de canales de conducta tales como reducción de la angustia o nerviosismo. No obstante lo anterior, el efecto tranquilizante del pacificador sobre el estado del infante produce un rápido retorno al sueño lo que puede tener consecuencias inesperadas tales como limitación de la capacidad de interacción social o estimulación ambiental. (Di Prieto y cols. 1994).

Además de lo antes dicho, es necesario sopesar la tranquilidad que producen estos pacificadores en el niño, con el riesgo de que estos influyan en un destete prematuro

SUCCIÓN DE MAMADERA

Junto con los chupetes de entretenimiento, debemos mencionar el uso de chupetes de biberón, que es un implemento creado por el hombre para alimentar al niño cuando éste no puede hacerlo directamente del pecho materno. Lamentablemente, hoy en día se ha hecho extensivo hasta el punto que muchas madres modernas lo consideran como un buen sustituto del pecho materno. Pero el hombre no ha encontrado un sustituto para el amor, el calor y el afecto. (Graber, 1974).

La tetilla del biberón solo hace contacto con la membrana mucosa de los labios, con ello la fisiología de la lactancia no es imitada. Debido al mal diseño, la boca se abre más y se exige demasiado al mecanismo del buccinador. La acción de embolo de la lengua y el movimiento rítmico hacia arriba, hacia abajo, hacia atrás y hacia adelante del maxilar inferior es reducido el mamar se transforma en chupar, el niño no tiene que realizar demasiados esfuerzos para extraer la leche debido a que muchas veces existe un gran orificio en el extremo de la tetilla artificial. Es necesario tener una orientación adecuada para la abertura de los orificios, estos deben ser pequeños de modo que estimulen en los niños el esfuerzo de la succión. (Azevedo, 1994)). La utilización de un biberón con botella de plástico blando acelera el flujo del líquido y reduce el tiempo necesario para la lactancia. Un estudio que comparó la lactancia con taza, biberón y con pecho natural se observó un reflejo de mamar más fuerte en niños alimentados en forma natural.(Graber,1974). Asimismo se ha sugerido que el lactante alimentado en forma natural se presenta emocionalmente más estable que el alimentado con biberón, aunque parece ser que este último con tal de que sea deseado dispondrá de un adecuado contacto y afecto por parte de su madre. Se cree que la inestabilidad emocional es una posible secuela de la alimentación con biberón pero esto requiere de una confirmación, la cual hoy en día no se dispone, por tanto se concluye que al niño alimentado con biberón se le debe proporcionar seguridad y afecto durante su alimentación.(Graber,1980 ; Morban Lancer,1982 ; Moyer,1976 ; Nelson,1973).

Un estudio realizado por Anderson sobre niños alimentados en forma natural , artificial y combinada, obtuvo como conclusión que los niños alimentados en forma natural poseían menos hábitos musculares peribucles perniciosos y conservaban menos mecanismos infantiles de alimentación.(Graber,1980)

Cuando la tetilla artificial o el chupete tienen forma inadecuada y el uso de estos es inapropiado se produce en el niño una confusa insatisfacción manifestándose como un deseo de seguir succionando .Si se le diera en este momento un chupete al niño este lo succionaría avidamente satisfaciendo esta necesidad por medio de este mal hábito instaurado .(Schellhorn,1995; Azevedo,1994)

A pesar de el intento por evocar la fisiología normal, se ha visto que la lactancia natural no es reproducida, ya que es imposible dar el componente psicológico emocional que ella implica a un elemento artificial, y la posición que adoptan las estructuras orofaciales al usar mamadera no es la normal. (Graber, 1974)

Con las tetillas artificiales la leche es arrojada hacia la garganta y no llevada hacia atrás por los movimientos peristálticos de la lengua y carrillos.

Se han diseñado tetillas artificiales que proporcionarían una copia fiel del pecho de la madre, así el niño tendría la misma actividad funcional que en la lactancia natural .

El diseño no fisiológico del biberón puede obligar a la lengua y a las mejillas a desempeñar funciones compensatorias y atípicas para extraer la leche. (Graber,1987)

Los trabajos de Linder Aronson, señalan un posible papel de bloqueo nasal y faríngeo por la postura compensatoria de la lengua.(Graber,1987)

Según Graber si la lactancia se realiza con la tetilla artificial fisiológicamente diseñada, junto con un contacto materno, la frecuencia de los hábitos prolongados de chuparse los dedos serán reducidos en forma significativa, como también los hábitos anormales de labio y lengua.

El biberón debiera usarse sólo en casos justificados, debiendo presentar éste algunas características que lo hagan lo más funcional posible, es decir, que permita al niño efectuar un eficiente trabajo de succión. Lo importante del biberón es su chupete o mamila, que desde el punto de vista del desarrollo buco-maxilo-facial, deberá ser lo más parecido al pecho materno tanto en su forma como en su consistencia.

La parte más ancha del chupete (areola mamaria en el pecho), debe ser de tal forma que permita al niño adosar sus labios en todo el contorno, para hacer un cierre hermético y producir el vacío necesario para que las estructuras bucales funcionen en forma armoniosa, sin alterar el sincronismo succión-duglución-respiración.

La porción más anterior del chupete (pezón), debe tener un largo suficiente y un agujero pequeño que no permita al líquido caer abruptamente, sino que lo haga en forma dosificada a la base de la lengua cada vez que el niño succione. El niño para satisfacer todas las funciones reflejas asociadas a la succión debe trabajar para obtener su alimento en forma lenta y armoniosa.



ETIOLOGÍA DE LOS MALOS HÁBITOS DE SUCCIÓN

Son hábitos bucales dañinos aquellos que ejercen presiones inadecuadas, tanto en potencia como en dirección, sobre los dientes y las arcadas dentarias. Se producen fundamentalmente por la realización anormal de los actos funcionales y otros tales como respiración bucal, succión e interposición de la lengua u objetos. (Moyers, 1960; Graber, 1980).

La succión no nutritiva se considera aceptable hasta los veinticuatro meses, si persiste más allá de este periodo es considerada como anormal, transformándose en un mal hábito, es decir un acto repetitivo e inconsciente con consecuencias emocionales y morfofuncionales negativas. (Morban, Lancer, 1982; Finn, 1982).

Salzmann cree que el efecto del hábito de succión sobre los huesos maxilares y sobre los arcos dentarios, incluyendo la oclusión, depende de diversos factores, como la frecuencia con que es practicado el hábito, la duración de cada práctica, el desarrollo osteógeno, la dotación genética del niño y su estado de salud.

Cuando el niño ha adquirido una fijación, al grado de que este acuda a la práctica de tal hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por diferentes eventos, se le llama hábito bucal compulsivo. Los odontólogos han atendido los hábitos bucales y los han considerado como causas posibles de presiones desequilibradas y dañinas que pueden ser ejercidas sobre los bordes alveolares inmaduros y sumamente maleables, y también de cambios potenciales en el emplazamiento de los dientes y en la oclusión, los que pueden volverse francamente anormales si continúan estos hábitos largo tiempo.

Se ha visto que los niños amamantados normalmente poseen menos malos hábitos a nivel peribucal y lingual. (Graber T, 1980; Kurth I 1987)

Las etiologías de los malos hábitos bucales compulsivos son difíciles de aislar, se propone la siguiente clasificación: (Finn, 1980)

1) **Emocional**: Kaplan 1981, señala que el mal hábito de succión debe ser considerado como un síntoma más que como una enfermedad, lo cual indica un disturbio emocional de relaciones interpersonales. (Weddel, 1981). Finn, establece que la inseguridad del niño, producida por falta de amor y ternura maternal es fundamental en muchos casos. (Finn, 1980)

Niños aburridos o preocupados, pueden tener una regresión infantil, y asumen posturas que incluyen los hábitos de succión, que pueden corresponder a un retomo de conductas gratificantes y reconfortantes. (Kurth, 1987)

Hay niños que aprenden temprano que la forma más segura de atraer la atención de los padres es chuparse el dedo. (Moyers 1976)

Según Mc Donald, el problema de la succión puede no ser un síntoma aislado, sino ser uno de los varios síntomas vinculados con conflictos e inestabilidad e inestabilidad emocional, resultantes de una serie de hechos anteriores. (Mc. Donald 1990). Por lo tanto este hábito bajo este concepto de alteración emocional debería desaparecer cuando el niño madura o soluciona su problema emocional. (Kurt, 1987).

Palomino sugiere que el succionar el dedo surge de una reacción progresiva de estímulo recompensa, que desaparecerá espontáneamente salvo que se convierta en un mecanismo para llamar la atención. (Graber, 1980)

2) **Imitativa** : Los niños aprenden por imitación la mayoría de sus conductas , entre ellas succión digital , posturas anómalas de la lengua , mandíbula y problemas de fonación . Imitan a sus padres y también a niños más pequeños adoptando conductas y malos hábitos ya superados .(Graber, 1980;Kurt,1987)

3) **Conducta al azar**: .Son aquellos malos hábitos que no tienen explicación y pueden tener orígenes muy remotos .Como por ejemplo descubrir que el chuparse el dedo después de quemarse o lastimarse , produce placer . Estas situaciones estimulan al niño para que coloque sus dedos dentro de la boca lo que a su vez puede conducir a la práctica de malos hábitos bucales.

4) **Primeras experiencias de alimentación** :Algunos autores opinan que los patrones iniciales de alimentación , pueden haber sido poco adecuados , predisponiendo a la formación de malos hábitos. (Barnett,1978). También se identifica como causante de malos hábitos al sistema de alimentación con mamadera .(Kurth,1987; Sidney, 1976). Según Kantorowicz , el lactante posee dos instintos el alimentario y el de chupar , los cuales están guiados por los reflejos de succión y deglución respectivamente al amamantar se satisfacen los dos instintos en cambio con mamadera no se satisface el de succión , con lo cual el lactante puede continuar con la succión digital . (Harndt,1969).

Braham y Morris, establecen absoluto desconocimiento de las causas de la succión digital . Agregando además que no hay una correlación valida entre el tiempo de amamantamiento , o de la mamadera frente a la alimentación materna . (Braham , 1984)

PACIFICADORES ORALES

El pacificador oral ha sido ampliamente difundido en la actualidad (Schellhorn C;1992), y su uso es frecuente en países desarrollados . (Victoria ,1993)

El pacificador es un elemento poco natural tanto en su forma como en su función ; la sociedad lo ha convertido en un elemento indispensable en el ajuar del bebe llegando incluso a ser su símbolo.(Tomasi ,1994;Schellhorn ,1992)

Se sugiere que los pacificadores funcionan como objetos transicionales que juegan un rol en el desarrollo de la personalidad conectando el mundo interno subjetivo del niño con el mundo objetivo de la realidad externa, el desarrollo del ego y la formación de la creatividad se ven afectadas por este uso .(Spock ,1963)

Ha sido usado basándose en dos conceptos , como pacificador cuando esta inquieto y como ejercitador cuando no ha satisfecho su necesidad de succionar en el momento de alimentarse. (Schellhorn,1992)

En general es el adulto quien induce ha usarlo dándoselo al niño en forma indiscriminada e insistente .Con frecuencia el niño no quiere aceptarlo ,y pocas veces lo acepta con gusto la primera vez que intentan dárselo .(Schellhorn,1992)

Elaine Tomasi y cols. constataron a través de una entrevista , realizada a las madres, en un estudio transversal en 354 niños menores de dos años en la ciudad de Pelotas (Brasil) , que el motivo principal para el uso del pacificador era calmar al niño cesar su llanto y "porque es una costumbre" (Tomasi E., 1994).

Las madres a menudo introducen y usan pacificadores para satisfacer a sus niños entre las horas de comida, lo que permite alargar estos periodos sin que el niño provoque "rabietas" y mantenga un mejor comportamiento. (John Peterson,P.Schneider,1991)

Algunos autores creen que los chupetes son aceptables para los infantes que quieren continuamente tomar pecho (Helsing E,1982) e incluso los recomiendan como una alternativa para la introducción de la alimentación con mamadera. (Murahovschi J,1982)

Es sabido que por naturaleza el 75%-95% de los bebes satisfacen su necesidad de succión usando un pacificador o sus dedos. (Larson E.,1985)

Como el pacificador puede impedir que el bebé comience a succionar su dedo , investigadores en el área dental recomiendan el uso del mismo dentro de los primeros tres meses de vida . De esta manera se puede prevenir el hábito de chuparse el dedo antes que éste comience (Baer P. y Lester M.1987).

En un estudio de prevalencia, realizado en Suecia , fueron registrados los hábitos de succión en niños de nueve años de dos comunidades suecas, y los resultados fueron comparados con los obtenidos en un estudio similar efectuado catorce años antes. El número de niños que inicialmente no desarrollaron hábitos de succión de chupete o dedo, había disminuido de un 32% a un 10%. La razón principal para esto, fue un marcado aumento en el número de succionadores de chupete, lo cual en cierto modo fue balanceado por la disminución de succionadores de dedo. El número de niños con el hábito de succión digital a la edad de nueve años había disminuido de un 14% a un 6%. No fueron encontrados niños con el hábito de succión de chupete a la edad de nueve años (Larsson E. 1985).En aquellos niños que presentan prolongados hábitos de succión , las investigaciones también demuestran que aún los niños más dependientes del pacificador lo abandonan antes de cumplir los 5 o 6 años. Por el contrario , más del 50% de los niños que succionan su dedo en forma crónica lo siguen haciendo hasta los

6 o 7 años y una proporción del 6% persiste en este hábito aún a los 9 años de edad .(Larsson E.1985; Ravn J.1974)

La mayoría de los niños dejan de usar pacificador antes de los tres años , sólo un 1% continúa con este hábito pasado los cinco años (Peterson J.1991). Sin embargo hasta un 19% de la población infantil de los EE.UU sigue succinando su dedo pasada esta edad (Friman P.C.1989)

Algunos investigadores opinan que el pacificador estimula la actividad muscular beneficiando el desarrollo de los arcos dentales y maxilares superior e inferior (Larsson E.1986).

Hoy en día, es sabido que los infantes responden a procedimientos dolorosos con un marcado stress fisiológico (Anand y Hickey,1992;Field,1990). En un estudio realizado por Rosemary Gates Campos en 60 recién nacidos seleccionados al azar, se evaluaron dos métodos para disminuir el stress ante procedimientos dolorosos , el uso de pacificadores y el mecerlos .Ambos métodos resultaron ser efectivos , pero el uso de pacificadores predominantemente produjo estados de sueño , y el mecerlos estados de alerta.(Campos,1994)Existen evidencias que sugieren que el uso de pacificadores en niños prematuros disminuye las conductas de angustia ante procedimientos médicos. (DiPrieto,1994)

El niño desarrolla dependencia a un pacificador específico ,siendo este el único que satisface sus necesidades emocionales .(Peterson J.;Schneider P,1991).Si el niño usa la succión para gratificarse o para satisfacer sus necesidades que van más allá de la mera alimentación , crea en él una cadena de asociaciones biosíquicas , que lo llevan a una dependencia o hábito de succión (Schellhorn C ;1992). Los hábitos adquiridos de succión , pueden ser desde leves y pasajeros a intensos y prolongados , todos ellos producen alteraciones del desarrollo que pueden ser desde leves a muy severos. Mientras el mal hábito persista , la alteración se mantendrá . La rapidez con que se pueda obtener una corrección dependerá fundamentalmente del patrón esquelético normal y de la eliminación del mal hábito .(Tapia .M.E,1976) Pasados los cuatro años los hábitos de succión pueden provocar una maloclusión.(Melsen B.,Stengaard K y Pederson,1979)

La prevención comienza con la lactancia adecuada y la elección de un pacificador artificial fisiológicamente diseñado , así como un chupete para mejorar las funciones normales y obtener la maduración del mecanismo de deglución . La cinestésica adecuada y la gratificación neuromuscular en este momento bien pueden impedir que se presenten posteriormente hábitos anormales de dedo , labio y lengua con su acción deformante .(Graber,1974).

Como ya se dijo, en la succión nutritiva, se produce una presión negativa en el paladar , haciendo descender el piso de las fosas nasales permitiendo un buen flujo de aire , no sucede esto con el adosamiento de un chupete que presione al paladar ,obstruyendo el paso del aire.(Shellhorn,1996).

Por naturaleza el 75%,95% de los bebés satisfacen la necesidad de succión usando chupetes o sus dedos .(Larsson E,1985)

CONSECUENCIAS DEL USO DE PACIFICADORES Y MAMADERAS

El desarrollo y maduración normal de la función orofaríngea es un proceso complejo que juega un papel importante en el crecimiento craneofacial y fisiología oclusal. La actividad muscular anormal puede tener efectos deletéreos sobre las estructuras orales en desarrollo y en la maduración de funciones orales. Estos defectos pueden incluir malposición dentaria, factores de respiración alterados o anormales, alteraciones en el habla, de balance muscular facial y problemas psicológicos. (Moyers, 1988)

Los hábitos pueden afectar a las estructuras orofaciales y pueden influenciar el crecimiento facial, función oclusal, relación oclusal y estética de un paciente. (Stuart, 1995)

Para que los hábitos lleguen a producir deformaciones y mal posiciones dentarias, es frecuente que se hayan adquirido en los primeros años y que cumplan con las condiciones de continuidad y repetición. (Hernandez, 1973).

ALTERACIONES DENTARIAS

La succión de pacificador, mamadera o dedo hará que el maxilar inferior descienda y la lengua se ubique en una posición más baja, impidiendo que se adose al paladar, sin poder ejercer la fuerza necesaria para oponerse a la presión externa de las mejillas. La falta de presión lingual sobre el paladar provoca un desequilibrio de las fuerzas, causando compresión del maxilar y una mala posición dentaria. (Graber, 1976)

Diferentes estudios han demostrado que durante los tres primeros años de vida, el daño de la oclusión se limita solo al segmento anterior, este daño generalmente es temporal, siempre que el niño no presente alteraciones esqueléticas. (Moyers, 1960)

El uso de pacificador es un hecho frecuente en la mayoría de los niños menores de dos años. Durante la dentición temporal el uso continuado de chupetes está generalmente asociado con una mordida abierta anterior, por una inhibición del crecimiento vertical de la porción anterior de las apófisis alveolares, y a menudo se asocia con una mordida cruzada posterior, debido al incremento de la actividad muscular de las mejillas, combinada con la falta de soporte y presión lingual sobre los caninos y molares temporales, debido a que la lengua se desplaza hacia atrás y hacia abajo, ante la presencia del pacificador en la cavidad oral. (Canut, 1988)

Un reciente estudio epidemiológico realizado en Brasil demostró una alta prevalencia de maloclusión en niños con dentición mixta, donde el 88,5% correspondía a niños con diferentes tipos de maloclusión, de este grupo el 23% fueron causadas por hábitos orales, tales como la succión digital, uso de pacificadores, e interposición lingual.

Es ampliamente aceptado que los hábitos orales tales como la succión digital y uso de pacificadores, después de los cuatro años de edad, son factores importantes en el establecimiento de maloclusiones, lo cual se manifiesta clínicamente como mordida abierta dento alveolar circular. Por esta razón, los hábitos orales prolongados, son considerados deletéreos para el desarrollo de la oclusión. (Da Silva, O. y cols., 1991).

La mordida abierta tiene una estrecha relación con hábitos orales (Sverdmir B, 1977), y un 70% de estos casos están restringidos al área intercanina. (Clemens C, 1977).

Aunque está presente en un 78.5% de los niños con hábitos de succión , la mordida abierta anterior no es la única consecuencia . Esta puede estar asociada también a mordida cruzada posterior uni o bilateral en un 30.5% de los casos .En aproximadamente un 7% de los niños la mordida cruzada posterior esta presente sin la típica mordida abierta . Es curioso notar que el 14.6% de los niños con hábito de succión no presentan ni mordida abierta anterior ni mordida cruzada posterior .(Da Silva O y cols., 1991).

Cuando el porcentaje de mordidas cruzadas posteriores en niños con hábitos de succión de pacificadores o digital se compara con la incidencia general de un 18% de maloclusión en la población total se concuerda con otros autores que la prevalencia de mordida cruzada posterior , es mayor entre niños con hábitos orales , Svedmyr , encontró asociación entre mordida cruzada posterior , en niños que usan pacificadores incluso mayor que en niños con succión digital. (Da Silva O y cols. 1991)

La mordida abierta causada por succión de pacificadores o digital , muestra un contorno circular , mientras la causada por interposición lingual es más difusa y rectangular . Se ha observado que todas las mordidas abiertas están acompañadas de interposición lingual .(Nahoum,H.J,1986).Cuando la interposición lingual es la causa principal de la mordida abierta , esta se considera interposición lingual primaria , se considera secundaria , cuando acompaña a una condición morfológica preexistente creada por la succión digital o de pacificador. (Da Silva O y cols. 1991)

En un estudio realizado por A. Linder and E.hellsing, en doce niños de 6 a 12 años, donde se midió la presión ejercida por la mejilla contra los caninos y molares temporales, en el momento de succionar un pacificador oral estándar. Se registro en la región canina máximos valores de presión, que fueron tres veces mayor que en 2do. molar . Además los resultados indicaron que la cincha muscular estuvo particularmente activa durante la succión del pacificador. (Anders,1991).

Quizá de lo anterior se pueda extrapolar que el ancho de la arcada maxilar en la región canina en niños de cuatro años con mordida cruzada unilateral, ha sido encontrado negativo, correlacionado con la intesidad y duración de la succión.(Linder,1989)

Se ha observado, en investigaciones realizadas en Suecia, que la succión prolongada de pacificadores (niños que succionan la mayor parte del día un pacificador) , se relaciona muchas veces con niños que han desarrollado la capacidad de hablar sin remover el pacificador de sus bocas y con ello un problema evidente de expresión. (Larsson,1992).

INFECCIONES

María Casado y cols han encontrado una asociación entre la alimentación con pecho materno y una baja incidencia de otitis media, aunque no esta claro si la asociación es con la lactancia propiamente tal o con su administración, ya que la alimentación con biberón y el uso de pacificadores pueden predisponer a infecciones en el oído. Cuando la succión es disfuncional el ganglio tubárico no drena en forma eficiente, se congestiona y aumenta de tamaño obstruyendo el paso del aire. Al no airearse el conducto, los gérmenes que ingresan por la vía respiratoria quedan atrapados, siendo

esto la causa de otitis media. La congestión mantenida condiciona a la trompa de eustaquio a adquirir una insuficiencia crónica. (otitis recurrente). (Casado, 1992)

En un estudio en donde se relaciona infección de oído, dentición, hábitos de succión y succión de pacificadores, en 938 niños de cinco años, se observó que los niños que han usado pacificadores eran más susceptibles a otitis media recurrente.

El riesgo atribuible asociado a pacificadores en esta población fue de 478 ataques de otitis media. Además se dice que un pacificador podría causar bloqueo mecánico de la nasofaringe elevando el paladar blando deteriorando de esta forma la función de la trompa de eustaquio. (Marjo, 1994).

En situaciones de cuidado diario donde los niños están en contacto cercano (salas cuna) un pacificador podría ser un medio por el cual los niños reparten virus entre ellos. Durante un ataque o una bacteria patógena están usualmente presentes también en la nasofaringe. De hecho la colonización faríngea por bacterias patógenas es mucho más común en niños con o.m.r, que en niños sanos. Un pacificador podría aumentar las bacterias patógenas en la nasofaringe (Stenfors, 1990).

Las nitrosaminas que son probados agentes cancerígenos han sido encontradas en pacificadores. Ellas son formadas por aceleradores y estabilizadores agregados durante el proceso de fabricación, para dar a los pacificadores resistencia. Las nitrosaminas pueden migrar a través del contacto directo con la saliva y ser ingeridas. (Genova, World Health Organization, 1984)

HIPERSENSIBILIDAD

Aunque en la literatura no se han encontrado reportes acerca de hipersensibilidad en pacificadores de látex resulta interesante mencionar que si los hay de sensibilidad al látex. Existe un estudio realizado en 28 pacientes adultos, a quienes se les diagnosticó un pick test positivo, para el extracto de látex. A estos sujetos se les determinó la IgE específica por método Ras. El resultado de las observaciones fue que los pacientes de riesgo en la alergia al látex suelen ser niños que han sido sometidos a múltiples operaciones ó personas que forman parte del personal sanitario y/o alérgicos a determinadas frutas (Moreno, 1994).

ALTERACIONES FUNCIONALES RELACIONADAS CON LA SUCCIÓN NO NUTRITIVA

La prolongación del uso de la mamadera, como forma habitual de ingerir líquidos después de la erupción de los incisivos, produce una distorsión de labios y lengua, ya que deben adoptar una posición anómala tanto para deglutir como para hacer el cierre labial, llamada deglución atípica. Estas disyunciones, causan frecuentemente alteraciones del desarrollo máxilo dentario. (Shellhorn, 1992)

El sensible mecanismo neuromuscular del sistema estomatognático del niño, madura y se desarrolla correctamente siempre que éste haya tenido un buen ejercicio de la función succional.

Existen tres razones principales por las que la succión puede producir distorciones funcionales:

- Succión insuficiente, se manifiesta en niños hipoactivos, que se cansan fácilmente sin demostrar avidez por la succión.
- Succión inapropiada, se manifiesta en niños que succionan cualquier elemento que no sea el pecho materno.
- Succión prolongada, es aquella que va más allá del tiempo para el cual la succión está programada como función básica

Cualquiera de estas situaciones interfiere en las funciones bucales, traduciéndose en un desequilibrio de las fuerzas musculares y por ende disfunciones y alteraciones de las estructuras máxilo-faciales.

Estas disfunciones y alteraciones anatómicas más frecuentes son:

- Alteración en el equilibrio en el tríptico funcional succión-deglución-respiración.
- Asincronismo del complejo labio-yugal y la lengua, ellos funcionan en equilibrio pero con fuerzas antagónicas, si éste se rompe y predomina una de estas fuerzas, los efectos se manifestarán en las estructuras óseas y en la posición de los dientes.
- Dificultad del cierre labial anterior
- Deglución atípica
- Alteración del complejo otorrino-laríngeo
- Congestión del sistema adenoideo: una adecuada succión permite un masaje muscular de los ganglios linfáticos, estimulando el drenaje oportuno del sistema adenoideo, evitando de esta forma infecciones respiratorias y otorrino-laríngeas.
- Respiración bucal, al romper el equilibrio del tríptico funcional, se produce la alteración de la función respiratoria, condicionando el mal hábito.
- Alteración postural del complejo cérvico-craneal: el correcto equilibrio del complejo linguo-mandibular-hioideo, es responsable de la posición postural de la cabeza y del cuello, al romper el equilibrio se producen fuerzas compensatorias que derivan en un mal hábito postural.
- Falta de estímulo del complejo máxilo-facial, esto se ve desencadenado por una alteración de la función muscular.
- Alteración del desarrollo de estructuras óseas máxilo-faciales, ya que estas se ven modeladas por presiones y fuerzas musculares.
- Falta de espacio para piezas dentarias, esto debido al desarrollo insuficiente de los huesos maxilares.
- Falta de desarrollo transversal del maxilar superior : el modelado del paladar depende en gran medida de la posición de la lengua tanto en sus funciones como en su estado de reposo. Esta situación se agrava cuando existe respiración bucal, que también es consecuencia de una disfunción lingual.
- Relación máxilo-mandibular alterada, esto debido a que la mandíbula no adelanta su posición quedando en una posición distal.
- Deficiencias en el lenguaje y la fonación.
- Dificultades para la función masticatoria.

EL MERCADO DE LOS PACIFICADORES

Existen en el mercado una gran variedad de pacificadores , tanto en su calidad , diseño , tamaño y forma (Schellhorn,1992). Muchas de las modificaciones que han sido introducidas a los pacificadores en los últimos años se deben principalmente a un conocimiento empírico.

Esta gran diversidad de pacificadores dificulta su elección , si ha esto sumamos que en algunos casos las especificaciones del fabricante vienen en ingles la confusión es aún mayor. Además las denominaciones usadas por los fabricantes , para identificar determinados modelos , como por ejemplo anatómico , ortodoncico y odontológico no siempre coinciden entre ellas . Estas denominaciones pueden llevar a una idea errada al pensar que tienen un asidero científico. Por ejemplo el pacificador llamado ortodoncico no siempre cumple la función para la cual fue diseñado , al no ser cómodo para el niño , lo succiona de cualquier manera , pudiendo ser incluso más nocivo que el pacificador corriente . (Schellhorn,1992).

La industria de chupete tuvo un rápido desarrollo en un corto periodo , en cuanto a diseño de pezones y pantallas , tanto es así que existe una amplia variedad de formas en diferentes tamaños , y es posible encontrar los mismos diseños entre los distintos fabricantes (marcas registradas). Este rápido desarrollo llevó a agotar de cierta manera los diseños , y las modificaciones , en la forma , que hoy han aparecido son mínimas.

El marketing y la moda son responsables en la actualidad de la gran gama de colores , decoraciones , aromas , etc., en que es posible encontrar los pacificadores . Incluso existen marcas que "lanzan" al mercado diseños según la estación del año , ,eventos de importancia , deportes , etc.

Ha sido tan difundido el uso de pacificadores que es posible encontrarlos en supermercados , farmacias , negocios de barrio , e incluso en la vía pública . (comercio ambulante)

DESCRIPCIÓN DE LOS PACIFICADORES

Los pacificadores están formados básicamente por dos partes , la que se introduce en la boca del bebé y la que queda por fuera de ella . Algunos pacificadores están hechos de una sola pieza en un mismo material , y otros de dos piezas , unidas entre si , siendo estas de distinto material .

Con fines didácticos hemos denominado las diferentes partes del pacificador como siguen:

- PEZÓN : Es la porción del pacificador que se introduce en la boca . Esta a su vez se divide en dos partes ,; punta y cuello .
- PANTALLA : Es la región que queda en contacto con la región perioral . Adosada a esta en su parte externa puede haber una argolla o un botón.

Los materiales usados en la fabricación del pezón son látex y silicona . La silicona es un material transparente indeformable y atóxico . No absorbe olores ni sabores y no sufre alteraciones , incluso tras muchas esterilizaciones. Dadas estas especiales características de higiene e indeformabilidad este material esta perfectamente indicado durante los primeros meses de vida del niño , ya que cuando aparecen los primeros dientes , estos podrían provocar incisiones que lacerarían este material . El látex o

caucho por definición es la sabia de los arboles de Caucho de los que la *Hevea Brasiliensis* es la más relevante (Moreno, 1994), es una goma natural un material blando elástico y resistente , pero también tiene limitaciones , es higroscópico , retiene los olores y sufre ciertas modificaciones después de muchas esterilizaciones .(Guía práctica de puericultura , Chicco, 1995). Además en su fabricación existen aditivos aceleradores de vulcanización del látex (Thiurams, mercaptobenzotiazoles, cabamatos, difeniguanidina, o antioxidantes, felinediamina) que en ocasiones pueden estar implicados en la variable antigenicidad de los productos que contienen látex. (Kurup y cols, 1993). Estas gomas son habitualmente muy duras gruesas y grandes , aún las que se recomiendan para usar en los primeros meses .(Schellhorn, 1992)

Las pantallas y la argolla o botón están fabricadas de policarbonato de alta densidad , silicona , látex y plástico.

La ventaja del policarbonato sobre el plástico es que el primero presenta menos porosidades , impidiendo con ello el alojamiento de bacterias .(Entrevista personal gerente general Mam, 1996)

MARCAS COMERCIALES

Existen en el mercado variadas marcas comerciales ;las que nombraremos y describiremos a continuación .

MAM :

Es una empresa de origen austríaco , de reciente distribución en Chile .

Para ellos lo más importante es la seguridad del pacificador . Sus diseños han sido aprobados a través de su socio americano, Sassy Inc. , participante en el programa de reconocimiento educacional de la asociación americana de odontología pediátrica . Sassy/Mam , trabajan en conjunto con la A.A.P.D..

para llevar la información contemporánea al público sobre la salud oral del niño , particularmente en áreas de la succión no nutritiva y de la prevención de caries por el no uso de mamadera .(Entrevista personal gerente general Mam).

Esta empresa fue la primera en desarrollar un diseño sin argolla , para desincentivar la peligrosa práctica de colgar el chupete con cintas alrededor del cuello del bebé . En vez de esto Mam desarrollo un diseño con botón frontal , que permite una comodidad extra , cualquiera sea la posición que adopte el bebé al dormir , reduciendo el riesgo de que se lesione si cae , mientras lleva el pacificador en la boca .

La pantalla esta diseñada para ajustarse a la zona perioral del bebé , ella esta elaborada de policarbonato de alta densidad , posee además varios orificios con el fin de lograr una mayor ventilación , evitando el problema de las irritaciones causadas por la saliva. Algunos modelos también poseen una textura interna que reduce el contacto con la piel del bebé. El borde de la pantalla tiene una pequeña curvatura hacia fuera evitando con ello que se marque en la cara del bebé.

El pezón de los pacificadores Mam esta fabricado de silicona o látex , poseen un cuello flexible y perforaciones en la base del botón permitiendo que se infle y desinfe durante la succión .

El pezón y las pantallas son simétricas, es decir tienen la misma forma por ambos lados, permitiendo que si el bebé lo da vuelta en la boca permanezca en la posición correcta. Los diseños de pacificadores que tiene Mam en el mercado son:

- Mini mam : Para recién nacidos, diseñados con un pezón más pequeño y corto
- Mini ulti : También para recién nacidos.
- Mam classic: Para bebés mayores o recién nacidos más grandes
- Ulti mam .Pezón de tamaño regular para recién nacidos más grandes o bebés mayores (6 a 36 meses),

Estos chupetes reciben la denominación de ortodóncico. (Folletos obtenidos en entrevista personal, gerente general Mam, 1996).

CHICCO

Es una empresa de origen italiano que tiene en el mercado una gran variedad de diseños que en términos generales son de cuatro tipos, todo látex (goma), todo silicona, silicona -policarbonato, latex-policarbonato.

Las pantallas son planas, cóncavas o convexas, algunas presentan orificios y otras no. Pueden ser de látex, silicona y policarbonato y presentan botón o argolla.

Los pezones de los pacificadores Chicco pueden ser de forma redonda (grande, mediana o pequeñas) o con forma de paladar, también llamado anatómico, se pueden encontrar en látex o silicona.

Para Chicco el chupete ideal debe provocar la menor apertura posible de la boca y ejercer la mínima presión sobre el paladar. Por esto debe ser fino, plano, blando y ocupar el mínimo espacio cuando está en uso. Para responder a estas exigencias crearon Chicco gota un chupete plano, simétrico, fino y más blando.

Los modelos que es posible encontrar en el mercado son.

- Chupete duerme bien silicona : para bebés de 4 a 12 meses .
- Chupete formula baby de silicona : para bebés de 4 a 12 meses.
- Chupete friolero noche de silicona : Para bebés de 4 a 12 meses.
- Chupete friolero noche de látex : Para bebés de 12 meses en adelante .
- Chupete duerme bien anatómico silicona : Para bebés de 4 a 12 meses.
- Chupete formula baba anatómico de silicona : Para bebés de
- Chupete todo goma mini :Para bebés de 0 a 4 meses.
- Chupete formula baby látex primeros meses :Para bebés de 0 a 4 meses.
- Chupete mini látex : Para bebés de 0 a 4 meses
- Chupete todo goma látex : Para bebés de 4 meses en adelante
- Chupete todo goma maxi látex : Para bebés de 4 meses en adelante.
- Chupete látex : Para bebés de 4 meses en adelante .
- Chupete maxi látex : Para bebés de 4 meses en adelante
- Chupete formula baby látex : Para bebé sed 4 meses en adelante .
- Chupete formula baby látex con campana protectora : Par bebés de 4 meses en adelante .
- Chupete brillo de mar látex : Para bebés de cuatro meses en adelante.
- Chupete todo goma anatómico : Par bebés de 4 meses en adelante
- Chupete formula baby anatómico de látex : Para bebés de 4 meses en adelante
- Chupete country látex : Para bebés de 4 meses en adelante.

ARGOS

Es una industria nacional .

Ellos usan la denominación de anatómico para nombrar a los chupetes que tienden a semejarse al pezón , es decir , de punta ovalada simétrico relativamente plano . El odontológico es aquel con forma de paladar (punta plana) y el de entretención tiene punta redonda . Estos se pueden encontrar en silicona y látex .

Las pantallas son de policarbonato de alta resistencia , ó de látex y estas pueden ser planas cóncavas o convexas . Todas presentan agujeros de ventilación y pueden tener argolla o botón .

Los modelos que es posible encontrar en el mercado son :

- Entretención de látex disney.
- Entretención de silicona disney
- Anatómico de látex con protector disney
- Odontológico de silicona disney
- Odontológico de latex disney
- Entretención latex con sonajero y protector.
- Anatómico de latex.
- Odontológico de latex.
- Entretención de silicona.
- Todo goma odontológico.
- Todo goma grande de entretención .
- Todo goma mediano de entretención.
- Todo goma standar de entretención.



GERBER

Es una empresa estado unidense que está en Chile desde 1990. Distribuyen los productos ortodoncicos Nuk en forma exclusiva.

Los pacificadores Gerber son fabricados usando siliconas latex o materiales vinílicos . Existe una amplia variedad de en el mercado con una gran gama de colores, decoraciones y modelos.

La idea de Gerber es estar en el mercado con productos de alta calidad a precios competitivos , para satisfacer las necesidades instintivas del bebé de estimulación oral y ejercitación .

Las pantallas pueden ser de silicona o policarbonato , de forma cóncava o convexa y todas presentan agujeros de ventilación y argolla .

Los pezones pueden ser de silicona o latex y los hay redondos o con forma de paladar , estos últimos son llamados ortodóncicos.

En el mercado se encuentran los siguientes modelos :

- Soft center pacifer with corer.
- Soft center pacifer.
- One piece pacifer.
- One piece pacifer-pastels.
- Ortodontic pacifer- pasteles
- Gem collection pacifer with travel case
- Latex orthodontic pacifer
- Pure and soft silicona pacifer.

- Safari palk decrator pacifier with travel case.
- Soft center fashion pacifier with travel case .
- Soft center fashion pacifier with cover.
- Soft center fhasion pacifier .
- Clear and soft one piece pacifiers pastels.
- Clear and soft orthodontic
- Decorador soft center pacifier.

BIBELON

Estos pacificadores se importan bajo la licencia de plásticos Gloria . Esta línea de pacificadores usa la denominación anatómico odontológico para referirse al pacificador cuyo pezón es plano (forma del paladar) .El que es denominado por otras marcas como de "entretención" , en Biberón es llamado "bolita".(punta redonda)

Los pezones se pueden encontrar en silicona y latex.

Las pantallas son plásticas y de silicona , estas tienen forma plana , cóncava y convexa , dependiendo del modelo pueden presentar argolla o botón , y solo uno de ellos presenta agujeros de ventilación.

Algunos de los diseños que es posible encontrar en el mercado son:

- Chupete decorado anatómico : los fundamentos que da el fabricante con respecto al diseño de este escudo es que evita que se deformen los dientes gracias a su forma cóncava , y gracias a las perforaciones que presenta , evita la humedad en la boca del bebe.
- Chupete odontológico :Presenta las mismas características del diseño antes nombrado .
- Bolita: Su pezón es redondo , y la pantalla es convexa.
- Chupete de una pieza : La punta del pezón es redonda . El fabricante fundamente su diseño en el hecho que este pacificador no daña al niño al recostarlo , gracias a que esta confeccionado en un material flexible y no tóxico.

Además de las marcas comerciales mencionadas, existen en el mercado otras como Durandin S.A., Neflo, Best house. etc. que básicamente conservan los mismos modelos, tanto de pezón como de pantalla.

Estas marcas no han sido descritas ya que no hubo respuesta positiva al contactarse con ellas.

REQUERIMIENTOS TÉCNICOS PARA LA SEGURIDAD EN LA FABRICACIÓN DE PACIFICADORES

Existen requerimientos y especificaciones para la fabricación de pacificadores , propuestas por la Comisión de Seguridad de Productos al Consumidor en 1976. EE.UU. (Federal register, 1977)

La necesidad para hacer esta regulación fue demostrada por reportes y datos de daños y muertes de niños asociadas a pacificadores , entre 1970 y 1976. Estas regulaciones constan de cinco partes :

- 1) Requiere de una pantalla o escudilla , de tamaño suficiente , para que el pacificador no pueda atravesar un cuerpo de prueba que posee un agujero con dimensiones similares a la boca del bebe . Además la pantalla debe tener por lo menos dos agujeros de ventilación con el fin de proporcionar un aporte de oxigeno de emergencia y también ser un método de rápida remoción del pacificador desde la garganta del bebé.
- 2) Prescribe un requerimiento limitante de la protrusión , diseñado para ser aplicado en la eventualidad de que el niño se caiga o rueda con el pacificador en su boca.
- 3) Las regulaciones también se refieren a la integridad estructural del pacificador y sus componentes .Cualquier componente o fragmento del pacificador y sus componentes .Cualquier componente o fragmento del pacificador , que se suelte cuando es sometido al test de integridad estructural debe ser entonces sometido a pruebas específicas para el .
- 4) y 5) Las ultimas dos secciones de los requerimientos serán aplicados en la eventualidad de estrangulamiento que resulte de atar el pacificador al cuello del niño con amarras cintas o algo similar . Se sugiere una etiqueta que alerte y prevenga a los padres y a otros de esta posibilidad .

Una prohibición de venta de pacificadores con amarras cintas o similares también es necesaria en este caso .

Los fabricantes están libres de probar sus productos por procedimientos más estrictos que los propuestos en el estándar.

A continuación se desglosaran cada uno de los puntos :

1) Pantalla o escudilla :

- a) Se aplican fuerzas traccionales sobre el pacificador , a través de una apertura cilíndrica de 43mm de diámetro con dos libras de fuerza..

La ubicación del pacificador en el agujero debe tener orientaciones adversas , por ejemplo aquella que resultaría de la menor fuerza para que pase el pacificador por la apertura.

- b) Agujeros de ventilación : Debe tener por lo menos dos , simétricamente localizados y cada uno de por lo menos de 5mm en su diámetro menor . El borde de estos agujeros debe ubicarse por lo menos a 5mm del perímetro de la pantalla.

2) Protrusión :

- a) Limitantes de protrusión : Desde la cara interna de la pantalla hacia el pezón no debe exceder los 16mm.

- b) Pruebas de protrusión :Asegurar el pacificador prensando el pezón con su eje horizontal.

3) Test de integridad estructural :

- a) Pezón : Aferrar el pacificador por su pantalla tomar el pezón del final del pacificador y gradualmente aplicar fuerzas tensiles en cualquier dirección posible. La fuerza debe ser aplicada gradualmente sin sobrepasar las 10 libras , dentro de un periodo de 5 seg. y mantenida a 10 libras por un periodo adicional de 10 seg.
 - b) Agarradera o anillo: Tomar el pacificador por la pantalla o base del pezón y empujar o tira la agarradera o anillo en cualquier dirección posible . La fuerza debe ser aplicada gradualmente acercándose y no excediéndose de a 10 libras . Dentro de un periodo de 5 seg. , y mantenida a 10 libras por un periodo adicional de 10 seg.
 - c) Deterioro por ciclos de calor : Todos los pacificadores deben ser sometidos a lo siguiente : Sumergir el pacificador en agua hirviendo por 5 minutos y luego remover el pacificador y enfriarlo por 5 minutos a temperatura ambiente (16° a 24° C). Luego de este periodo volver a sumergir el pacificador en agua hirviendo por 5 minutos. El proceso debe ser repetido por un total de seis ciclos . Después de esto el pacificador debe ser sometido a las pruebas de integridad estructural.
 - d) Partes pequeñas : Cualquier componente o fragmento que se suelte o salga como resultado de los test especificados en a) , b) o c) debe ser ubicado en un cilindro de tal manera que el componente o fragmento este en la posición más baja del cilindro . Si el extremo superior del componente o fragmento esta bajo el plano de la punta del cilindro el pacificador no pasara la prueba en esta sección.
- 4) Cintas , cuerdas cadenas u otros : Un pacificador no deberá ser vendido o distribuido con cualquier cinta cuerda o cadena.
- 5) Etiquetado:
- a) Como se requiere en b) y c) los pacificadores deben ser etiquetados con lo siguiente :
Advertencia no atar el pacificador alrededor del cuerpo del niño ya que presenta un peligro de estrangulación.
 - b) El etiquetado requerido en el párrafo a) de esta sección debe aparecer legible y visible en cualquier lugar del envase del pacificador , si este contiene dos o más pacificadores.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir las variables asociadas al uso de pacificadores en lactantes de dos a seis meses, nacidos en la Clínica Reñaca y Hospitales Gustavo Fricke de Viña del Mar y Carlos Van Buren de Valparaíso entre el periodo del primero de Noviembre de 1995 y el treinta y uno de Abril del 1996

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- _ Describir antecedentes generales de las madres encuestadas de Clínica y Hospitales
- _ Describir antecedentes generales de los niños y sus periodos de lactancia
- _ Describir las variables asociadas al uso de pacificadores
- _ Identificar los riesgos percibidos por las madres en relación al uso de pacificadores
- _ Describir la relación entre lactancia y uso de pacificadores.



MATERIALES Y MÉTODOS

Durante los meses de octubre de 1995 y marzo de 1996 fueron reclutadas 370 madres que tuvieron su parto en servicios de salud del sector privado (Clínica Reñaca) y del sector público (Hospitales Carlos Van Buren de Valparaíso y Gustavo Fricke de Viña del mar) Esto se efectuó mediante una visita personal a las madres en los días siguientes al parto, en las maternidades de los servicios mencionados. En esta visita se les entregó una carta de presentación, y se registró la dirección y teléfono para una visita posterior con el fin de realizar una encuesta precodificada. En esta primera visita la madre no fue informada sobre el contenido de la encuesta, para que en el momento de contestarla las respuestas fueran lo más espontáneas posibles.

A partir del mes de abril de 1996 se comenzó a visitar a las madres en sus domicilios respectivos para ser encuestadas. En este momento se presentó el inconveniente en el sector público de acceso a las direcciones, direcciones falsas o lejanía. Se optó entonces por encuestar a las madres en aquellos consultorios donde se efectúa el control del niño sano. Así se llegó al consultorio Plaza Justicia de Valparaíso, para las madres del Hospital Carlos Van Buren, y al consultorio N° 3 de Viña del Mar, para las madres del Hospital Gustavo Fricke.

Finalmente la muestra quedó constituida por 120 madres, 60 de la clínica Reñaca (sector privado) y 60 de los hospitales (sector público), a estas se les aplicó una encuesta conformada por 59 ítems, correspondientes a seis tópicos 1.- Antecedentes de la madre, 2.- Antecedentes del niño, 3.- Lactancia, 4.- Pacificadores, 5.- Oído medio, 6.- Constitución del grupo familiar. (Anexo N°2)

Se asimiló el nivel socioeconómico con el tipo de servicio de salud de manera que nos referiremos a nivel medio alto y alto, en el caso de las madres que se atendieron en la Clínica Reñaca, y nivel medio bajo y bajo, en el caso de las madres que se atendieron en hospitales públicos

Para consignar el tipo del pacificador que usaba el niño se creó una clasificación. Según diseño, para esto se dividió el pacificador en pantalla y pezón. Analizadas sus características se definieron 19 grupos, los que ingresaron al programa computacional a través de un código de cuatro dígitos, los dos primeros designando a la forma del pezón y los dos últimos a la forma de la pantalla. (Anexo N°3)

RESULTADOS

En la Tabla I se observan los antecedentes generales de las madres encuestadas, en ella se muestra que el promedio de edad de las madres encuestadas fue de 28 años, siendo más jóvenes las del grupo medio-bajo/bajo (26 años). El 42,2% tenía estudios superiores, la mayoría de estas madres (71%) pertenece al grupo medio-alto/alto. El 25,8% tenían enseñanza media incompleta. El grupo con menor escolaridad era el grupo medio-bajo/bajo (enseñanza media incompleta 23,3%). En cuanto a la ocupación el mayor porcentaje (50%) corresponde a dueñas de casa, el 27,7% eran profesionales, de ellas la mayoría pertenece al grupo medio-alto/alto (40%).

El 70% de las madres encuestadas eran casadas, el 21,7% eran solteras. Del total de madres encuestadas el 36,7% eran primíparas y el 63,3% múltiparas.

Para el nacimiento de sus hijos el 69,2% de las madres recibió anestesia epidural, el 27,5% no recibió anestesia y el 3,3% recibió anestesia general. De las madres del grupo medio-bajo/bajo no recibieron anestesia 43,3% y si recibieron anestesia el 56,7%.

TABLA N° I : Antecedentes generales de las madres encuestadas pertenecientes a los niveles socio económicos medio-alto, alto y medio-bajo, bajo (1995-1996)

Grupo	Edad			Escolaridad					Ocupación					Estado civil					Anestesia			
	15-25	26-35	36-45	BI	BC	MI	MC	SUP	1	2	3	7	8	9	1	2	3	4	5	1	2	3
Medio-bajo/bajo	31	24	5	6	10	14	20	10	44	6	2	2	4	2	30	2	1	6	21	3	31	26
Medio-alto/alto	13	41	6	0	1	5	11	43	6	7	5	24	7	1	54	1	0	0	5	1	58	1
Total	44	65	11	6	11	19	31	53	60	13	7	26	11	3	84	3	1	6	26	4	89	1

BI: Básica incompleta

BC: Básica incompleta

MI: Media incompleta

MC: Media completa

SUP: Estudios superiores

Ocupación

1=Dueña de casa

2=Empleada de oficina

3=Empleo comercial

7=Profesional

8=Estudiante

9=Otra

Estado civil

1=Casada

2=Separada

3=Viuda

4=Convive

5=Soltera

Anestesia

1: Epidural

2: General

3: Sin anestesia

De los antecedentes generales de los niños encuestados, vemos en la Tabla II que el promedio de edad de ellos fue de 4,2 meses. El mayor porcentaje (55,1%) nació por parto normal, el 54,9% restante nació por cesárea. En relación a la edad gestacional el 90,8% de los niños eran de término y 9,2% eran prematuros. El promedio de peso de los niños fue de 3336 gr. El 94,2% de los niños nació sano, y el 5,85 tuvo alguna patología general. En relación al periodo de lactancia de los niños el 50,8% tomo primero pecho y el 49,2% restante tomaron primero chupete o biberón. El 64,2% de los niños tuvo su primera mamada entre las 4 y 8 hrs. post-parto. De las madres del grupo medio-bajo/bajo el 30,77% dio su primera mamada a las 2 hrs. post-parto.

Del grupo medio alto/alto, un 11,11% de los niños dio su primera mamada a las 2hrs. (Tabla XI). El 8,3% de los niños salió amamantando muy bien de la maternidad, y el 1,7% muy mal. Al 62,2% se le indico como régimen de mamadas la demanda espontánea y al 21,8% cada 3hrs.

El 47,5% de los niños mama 10 min. por pecho, el 20,8% 15 min. por pecho y el 18,3% más de 15 min. por pecho.

El 70,8% tomaba pecho al momento de la encuesta y el 29,2% restante no. De los niños que ya no mamaban.(35) en 17,7% de ellos la lactancia duró tres meses. El 50,8% tuvo alguna dificultad para la lactancia y el 49,2% no tuvo dificultades para la lactancia.

El 80,8% de los niños pasa la mayor parte del tiempo con la madre, el 9,2% pasa la mayor parte del tiempo con otra persona, el 0,8% en la sala cuna, y el 7,5% con su madre y nana.

TABLA N° II Antecedentes generales del total de los hijos de las madres encuestadas y de sus periodos de lactancia.

Edad (meses) 2-3 4-5 6	Edad gestacional Pretermino termino		Como salió amamantando de la maternidad NM MM M R B MB						Mamadas indicadas				Tiempo que mama cada pecho				
	1 2 3 4 5	6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5				
47 41 32	11	109	7 2 4 15 82 10	75 2 26 17	9 57 25 22 7												
	%N=120	%N=120	%N=120	%N=120	8 48 29 18 6 %												
	9,2	9,8	5,8 1,7 3,3 12,5 68,3 8,3														

NM: No mamó

MM: Muy mal

M: Mal

R: Regular

B: Bien

MB: Muy bien

Mamadas indicadas

1 Demanda espontánea

2 Cada 2 hrs.

3 Cada 3 hrs.

4 Cada 4 hrs.

Tiempo que mama cada pecho

1 5min por pecho

2 10min. por pecho

3 15min por pecho

4 Más de 15min. por pecho

Duración de la lactancia

Tiempo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	13	14	15
	2	3	1	2	3	2	3	5	2	3	4	2	1	1
%	5,9	8,8	2,9	5,9	8,8	5,9	8,8	14,7	5,9	8,8	11,8	5,9	2,9	2,9

1 Menos de 1 semana

2 Una semana

3 Dos semanas

4 Un mes

5 Un mes y medio

6 Dos meses

7 Dos meses y medio

8 tres meses

9 Tres meses y medio

10 Cuatro meses

11 Nada

12 cuatro y medio

13 Cinco

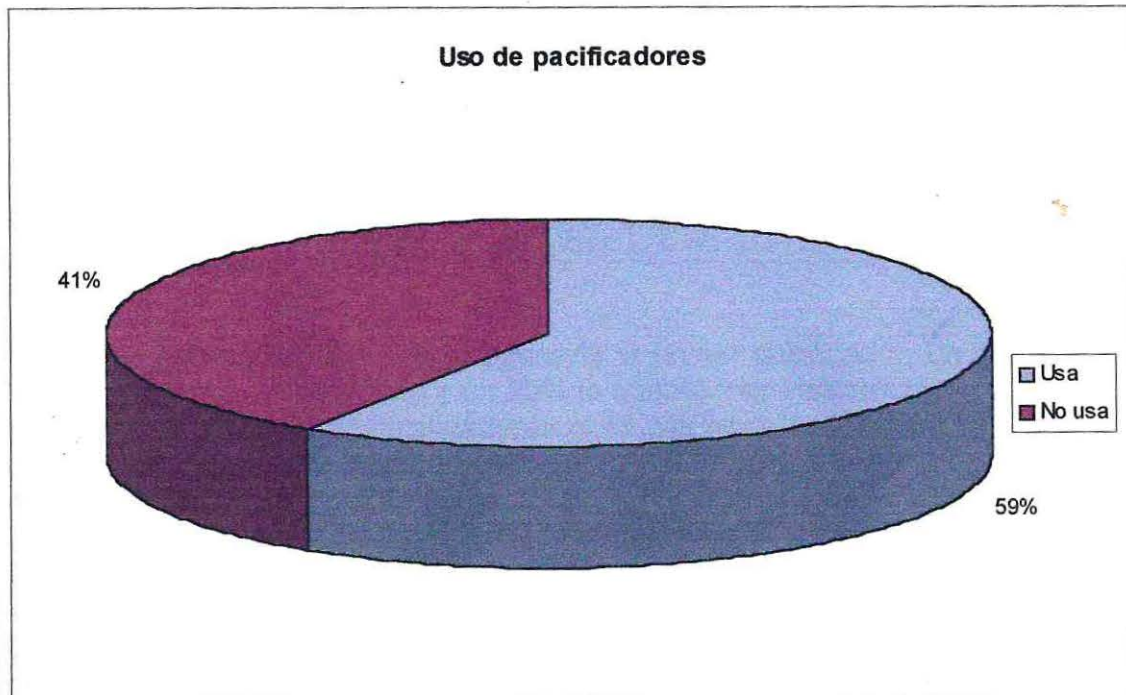
14 Cinco y medio

15 Seis meses

En relación al uso de pacificadores del total de las madres encuestadas el 59,2% de sus hijos usaban pacificador y el 40,8% no usaba. Del grupo medio-bajo/bajo el 57% usaba pacificador y el 43% no usaba. Dentro del grupo medio alto/alto, el 62% usa pacificador y el 38% no usa (Gráficos 1 y 2)

No se encontró diferencias estadísticamente significativas entre la frecuencia del uso de pacificador entre los niveles medio-bajo, bajo y medio-alto, alto. ($p>0,05$)

Gráfico N°1: Uso de pacificadores del total de hijos de las madres encuestadas (1995-1996)



El 51,6% de los hijos de las madres dueñas de casa, usa pacificador y el 48,3% no usa. De las madres profesionales el 61,55% de sus hijos usa pacificadores y el 38,4% no usa. (Tabla III)

Tabla III: Uso de pacificadores según actividad del total de las madres (1995-1996)

Ocupación	Usa	%	No usa	%	Total
Dueña de casa	31	51,6	29	48,3	60
Empleada de oficina	9	69,2	4	30,7	13
Empl. de comercio	3	42,8	4	57,1	7
Profesional	16	61,5	10	38,4	26
Estudiante	10	90,9	1	9	11
Otro	2	66,6	1	33,3	3
Total	71	59,1	49	40,8	

Como se observa en la Tabla IV, de las madres con estudios superiores, el 67,9% de sus hijos usaban pacificadores y el 33,9% no usaban. Del grupo con enseñanza media completa, el 45% de sus hijos usaban pacificador y el 54,87% no usaban.

Tabla IV Escolaridad v/s uso de pacificadores en hijos de madres encuestadas (1995-1996)

Escolaridad	Uso de pacificadores				Total
	Usa %		No usa %		
Básica incompleta	3	50	3	50	6
Básica completa	5	45,5	6	54,5	11
Media incompleta	14	73,6	5	26,3	19
Media completa	14	45,1	17	54,8	31
E. Superiores	36	67,9	18	33,9	53
Total	71	59,1	49	40,8	120

Referente a la actitud del niño al ofrecerle el primer pacificador, un 40,8% lo rechazó, el 29,2% lo aceptó de inmediato y un 30% lo aceptó tras insistencia.

De los niños que usaban pacificadores el 11,3% en la maternidad, el 42,3% inicio el uso dentro de la primera y segunda semana, el 15,5% en la segunda y tercera semana, el 4,2% entre la cuarta y quinta semana, el 21,1% entre el primer y segundo mes, el 7,04% en el segundo y tercer mes y el 2,8% restante entre el tercer y cuarto mes.

En relación al inicio del uso del pacificador, el 24,5% de las madres con estudios superiores, iniciaron el uso del pacificador entre la primera y segunda semana de vida. De las madres con enseñanza media completa, el 29,03% iniciaron el uso en el mismo periodo. El 36,8% de las madres con enseñanza media incompleta inicio el uso del pacificador dentro del mismo periodo anterior (ver Tabla V)

Tabla V : Inicio del uso de pacificadores en niños según escolaridad de sus madres (1995-1996)

Escolaridad	Inicio del uso del pacificador								
	Maternidad	1-2s	2-3s	3-4s	1-2m	2-3m	3-4m	Nunca	Total
BC	1 9%	1 9%	1 9%	0 0%	3 27,2%	0 0%	0 0%	6 54,5%	11
BI	1 9%	0 0%	0 0%	0 0%	2 33,3%	0 0%	0 0%	3 50%	6
MC	0 0	9 29%	3 9,6%	0 0%	2 6,4%	0 0%	1 3,2%	17 54,8%	31
MI	0 0	7 36,8%	2 10,5%	0 0%	3 15,7%	3 15,7%	0 0%	4 19,04%	21
Superior	6 54,5%	17 32%	5 9,4%	3 5,6%	5 9,4%	2 3,7%	1 1,8%	18 33,9%	53
Total	8 6,6%	30 25%	11 9,1%	3 5,6%	15 12,5%	5 4,1%	2 1,6%	49 40,8%	120

El 73,2% de los niños que usa pacificador inicio su uso dentro del primer mes de vida. Con respecto a la edad gestacional el 9,2% (11) correspondió a niños de pretermino de estos el 36,4% estaba entre los 1600-2240 gr. al nacer y el 100% de los niños

comprendidos en este rango no mamó. De los niños pertenecientes al grupo de pretermino el 63,6% usaban chupete, el 27,2% no usaban. Referente a los niños de término usaban pacificador el 58,7% y no usaban el 41,3%.

Referente a si hubo periodo de alejamiento después del parto, 20,8% del total respondió afirmativamente, de este porcentaje el 48% usaba pacificador, y el 52% no usa; de las que respondieron que no hubo periodo de alejamiento, el 62% usa pacificador, y el 38% no usa. Cuando hubo alejamiento, solamente al 12% de las madres se les indico el uso de pacificador en la maternidad y al 88% restante no se le indicó

En relación a la Tabla VI se observa que del total, el 49,2% tomo primero pecho y el 50,8% tomó primero biberón; de los que tomaron primero pecho el 71,1% salió amamantando bien de la maternidad. De los que tomaron primero biberón, el 65,6% a amamantando bien de la maternidad. Dentro de este grupo (los que tomaron primero biberón) se encuentra el 1005 de los niños que no mamaron

Tabla VI : "Que tomaron primero sus bebés y como salieron amamantando el total de las madres encuestadas (1995-1996)

Que tomo primero	Como salió amamantando de la maternidad						Total
	MB	B	R	M	MM	NM	
Pecho	8 13,5	42 71	7 11,8	2 3,3	0 0	0 0	59
Biberón	2 3,1	40 65	8 13	2 3,2	2 3,2	7 11,4	61
Total	10 8,3	82 68	15 12	4 3,3	2 1,6	7 5,8	120

MB= Muy bien

M= Mal

B= Bien

MM= Muy mal

R=Regular

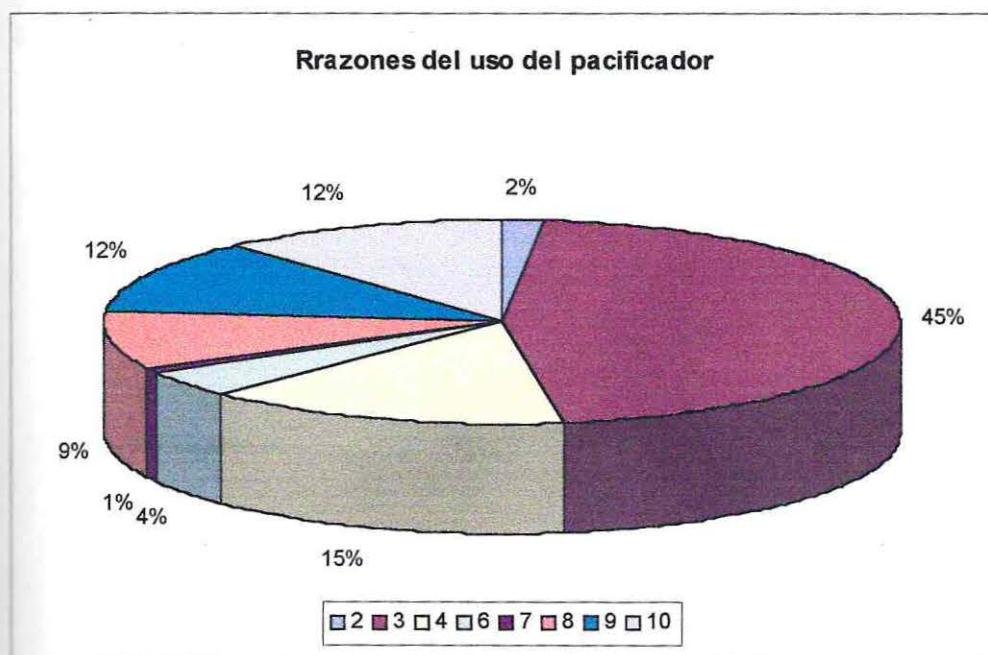
NM= No mamó

Solo un 40,8% de los niños encuestados no usa pacificadores al momento de la encuesta; ante la pregunta porque no usan, un 73,9% de las madres respondió que el niño no lo aceptó y en un 26,1% las madres no se lo ofrecieron.

De los niños que usaban pacificador un 53,5% lo hace sólo para quedarse dormido, un 18,3% lo hace cuando llora, el 14,15% cuando no esta con sus padres y sólo un 1,45% en cualquier momento del día, el porcentaje restante se divide entre todo el tiempo mientras duerme (8,5%) y otra (4,2%). Con respecto al tiempo de uso diario un 73,2% lo usa entre una y tres horas por día, 14,1% más de cuatro horas al día, 18,5% la mayor parte del día y un 4,2% toda la noche.

En relación a las razones dadas para el uso de pacificadores, (Gráfico N°3) la mayoría de las madres se inclino por la alternativa "para calmarlo" (45,8%), un 15% respondió "para compensar la falta de la madre", y solo un 0,8% "para evitar que se chupe el dedo". Con respecto a esta misma variable (razón de uso), la más alta frecuencia para madres del grupo medio-bajo/bajo, correspondió a la alternativa "para calmarlo" (con un 40%) y para compensar la falta de la madre un 18,3%; para entretenerlo un 16,7% para satisfacer necesidad de succión un 8,3%, otra razón un 8,3%, para dormirse un 5%, para evitar que se chupe el dedo un 1,7%, y por que es necesario para su desarrollo un 1,7%. Para las madres del grupo medio-alto/alto la mayor frecuencia correspondió a la alternativa para calmarlo, con un 51,7% y como segunda mayoría estuvo la alternativa "para satisfacer el instinto de succión" con un 15%, un 11,75 respondió para compensar la falta de la madre; un 10% otra razón, un 6,75 para entretenerlo; un 3,3% para dormirse y un 1,7% porque es necesario para su desarrollo.

Gráfico N°3 Razones del uso del pacificador del total de madres encuestadas.



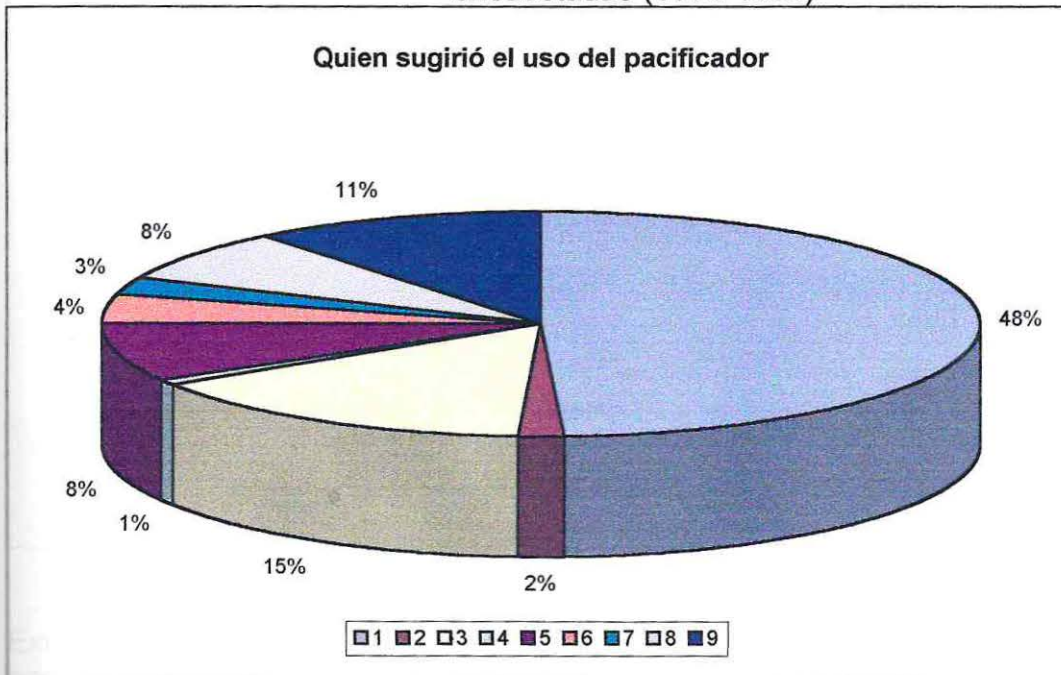
2 Porque es necesario para su desarrollo	4 Para compensar la falta de la madre.	7 Para evitar que se chupe el dedo.	9 Para satisfacer succión
3 Para calmarlo	6 Para dormir	8 Otro	10 Para entretenerlo

Del total de madres encuestadas el 53,3% considera el uso del pacificador más bien dañino y el 46,7% lo considera más bien beneficioso. De las madres encuestadas que pertenecían al grupo medio-bajo/bajo, el 68,4% considera que el uso de pacificadores es más bien dañino, y el 31,7% lo considera más bien beneficioso. De las madres pertenecientes al grupo medio-alto/alto el 38,3% considera que el uso de pacificador es más bien dañino y el 61,7%, lo considera más bien beneficioso. Existe una diferencia estadísticamente significativa, en la percepción del beneficio del uso del uso del pacificador, entre las madres del los niveles socioeconómicos medio-bajo, bajo y medio-alto, alto. ($p < \alpha$)

Del total de madres encuestadas el 59,2% considera como riesgo del uso de pacificadores la deformación de los dientes, el 22,5% la deformación de la boca, un 14,2% no considera riesgoso el uso de pacificadores y un 3,3,% infecciones. Con respecto a lo mismo, el 48,3% de las madres del nivel medio-bajo, bajo consideran como riesgo la deformación de los dientes, el 28,3% la deformación de la boca, el 15% no considera riesgoso el uso de pacificador, el 6,7% considera como riesgo las infecciones y el 1,7% alteración de la respiración. De las madres del nivel medio-alto, alto el 70% considera como riesgo la deformación de los dientes, el 16,7% la deformación de la boca y el 13,3% no considera riesgoso el uso de pacificadores.

A la pregunta quien sugirió el uso del chupete un 49,2% opto por la respuesta iniciativa personal, y sólo en un 14,2% de los casos fue sugerido por algún miembro del equipo de salud (matrona, pediatra, enfermera), el porcentaje restante se dividió entre marido abuela tío, pariente, vecino u otro. (Gráfico N°4)

Gráfico N°4: Quien sugiere el uso de pacificadores en el total de las madres encuestadas (1995-1996)



1. Iniciativa personal

2. Marido

3. Tío

4. Abuela

5. Vecino

6. Pariente

7. Enfermera

8. Matrona

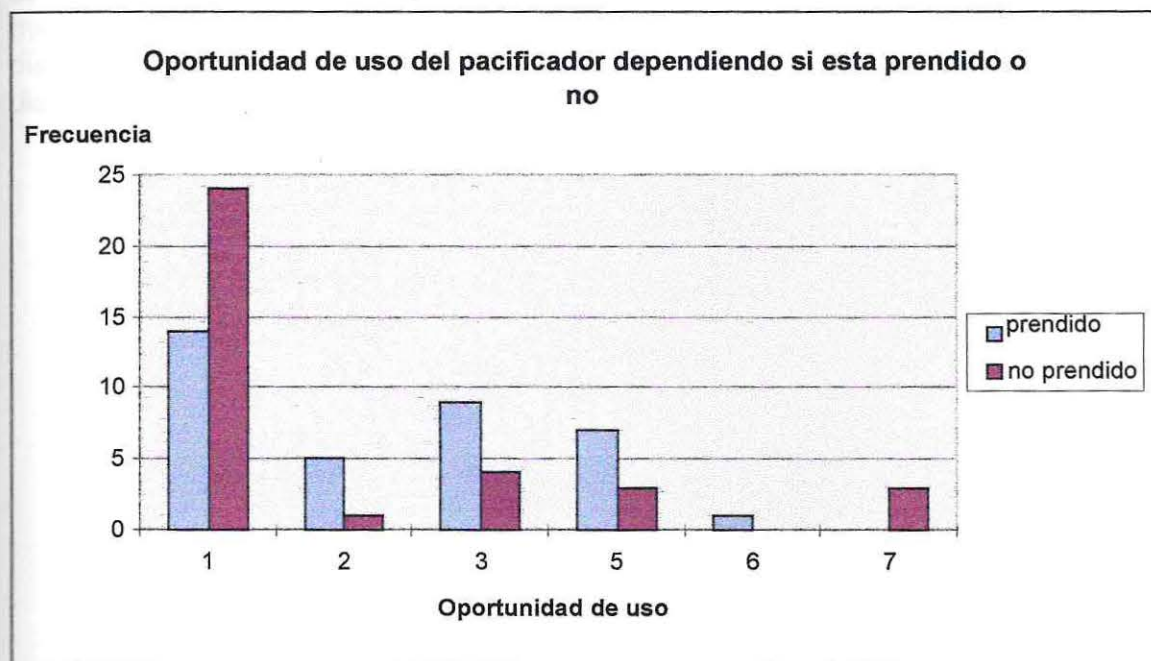
9. Pediatra

Con respecto al primer chupete un 46,7% lo compro después del nacimiento del bebé, un 24,2% lo compro antes del nacimiento, al 19,2% se lo regalaron y un 10% escogió la alternativa otro. De aquellas madres que compraron pacificador antes del nacimiento, un 62,1% usan pacificador, un 3,4% usó chupete y un 34,5% nunca ha usado; del grupo que lo compro después del nacimiento un 67,9% usan pacificador, un 1,8% usó pacificador y un 30,4% nunca ha usado.

De las madres encuestadas un 36,6% eran primíparas y el 63,3% restantes múltiparas. De las madres primíparas, el 31,8% dieron chupete a sus hijos por iniciativa personal, el 25% fue sugerido por la abuela del bebe, el 25% por algún profesional de la salud, el 9,1% por algún pariente y el 9,1% restante otro. De las múltiparas el 59,2% inicio el uso del chupete por iniciativa personal y solo el 7,8% fue sugerido por el equipo de salud; el 11,8% corresponde a la alternativa otra, el 9,2% a la abuela del niño, el 7,8% por un pariente, el 2,6% un tío, y el 1,3% un vecino

Del grupo que usa pacificador, un 50,7% lo lleva prendido a la ropa y un 49,3% no lo lleva prendido. De los niños que llevan el pacificador prendido un 38,9% lo usa para quedarse dormido, un 25% cuando llora, y un 19,4% en cualquier momento. De los niños que no llevan el pacificador prendido un 68,6%, lo usa para quedarse dormido, un 11,4% cuando llora y un 8,6% en cualquier momento. (Gráfico 5)

Gráfico N°5. Oportunidad de uso del pacificador dependiendo de si esta prendido o no en el total de los usuarios (1995-1996)



Existe diferencia estadísticamente significativa entre las oportunidades de uso del pacificador dependiendo de si este esta prendido a la ropa o no. ($p < \alpha$)

Con respecto a la forma de uso del pacificador el 93% lo usa al centro, el 5,6% a un lado y solo el 1,4% lo usa al revés. Esto para los 71 niños que usan pacificador.

El 83,3% de los hijos de madres encuestadas presentan otro hábito de succión, de estos niños, el 55% presenta succión digital, 36% succión de biberón, el 7% otra succión y el 2% succiona un genero.

En relación al aspecto del pacificador sobre el que se basa la madre para elegirlo, la mayor frecuencia se concentro en la forma del pezón (36,7%), el 22,5% correspondió a la forma, el 20,8% otro aspecto, el 9,2% al modelo anatómico, el 5% corresponde a color, 3,3% a material, 1,7% forma de la pantalla y 0,8% a la procedencia.

De las madres que dijeron elegirlo según la forma del pezón (36,7%), las más altas frecuencias eligieron los siguientes modelos: 0815 (12,9%) pezón de punta redonda mediana, de latex, consistencia mediana, cuello cilíndrico de largo mediano; 1111 (12,9%) pezón redondo pequeño de latex consistencia mediana, forma de cuello cilíndrica, largo de cuello mediano. 0111 (9,7%) que corresponde a un pezón de punta plana, de latex, consistencia mediana, cuello plano, de largo mediano; 0606 (9,7%) que es pezón de punta redonda, de latex, de consistencia dura, forma de cuello cilíndrica, cuello corto. El resto de los porcentajes se distribuyen como lo muestra la tabla N°VII. De las madres que optaron por la alternativa "forma" (22,5%), la mayor frecuencia correspondió al modelo 0909 (10,5%) que es de pezón ovalado, de latex, consistencia mediana, cuello plano y corto y su pantalla es de forma mariposa, de policarbonato, diseño cóncavo, con agujeros, con botón, de dos piezas; el resto de los porcentajes se distribuyen como se ve en la tabla N°VIII

Tabla N°VII: Modelos de pacificadores
elegidos según forma del pezón.

Modelo elegido	Frecuencia	%
0104	1	3,2
0111	3	9,7
0202	1	3,2
0204	1	3,2
0218	2	6,5
0606	3	9,7
0711	1	3,2
0802	1	3,2
0808	2	6,5
0815	4	12,9
0816	1	3,2
0909	1	3,2
1111	4	12,9
1215	1	3,2
1307	1	3,2
1313	1	3,2
1314	1	3,2
1413	1	3,2
1717	1	3,2
Total	31	100

*Las características de cada modelo según el código son descritas en el anexo 3

Tabla N°VIII: Modelos elegidos según forma del pacificador

Modelo elegido	Frecuencia	%
0101	1	5,3
0111	1	5,3
0118	1	5,3
0202	1	5,3
0215	1	5,3
0301	1	5,3
0303	1	5,3
0304	1	5,3
0707	1	5,3
0809	1	5,3
0818	1	5,3
0909	2	10,5
1111	1	5,3
1119	1	5,3
1304	1	5,3
1311	1	5,3
1313	1	5,3
1717	1	5,3
Total	19	100

* Las características de cada modelo según el código son descritas en el anexo N°3

De las madres que optaron por la alternativa "forma" (22,5%), la mayor frecuencia correspondió al modelo 0909 (10,5%), que es de pezón ovalado, de latex, consistencia

mediana, cuello plano y corto, su pantalla es de forma mariposa, de policarbonato, diseño cóncavo con agujeros, con botón, de dos piezas.

La Tabla IX presenta los modelos de pacificadores agrupados según la clasificación descrita en el anexo 3, y sus frecuencias de uso.

Solo 5 (4,2%) del total de niños había presentado un cuadro de otitis, de ellos 3 (60%) usan pacificadores al momento de la encuesta y 2 (40%) nunca han usado.

Solo 5 (4,2%) del total de niños había presentado un cuadro de otitis, de ellos 3 (60%) usan pacificadores al momento de la encuesta y 2 (40%) nunca han usado.

Tabla IX: Frecuencias de elección de los pacificadores usados por los hijos de las madres encuestadas.

Modelo elegido	Frecuencia	%
0101	1	1,4
0104	1	1,4
0105	1	1,4
1111	5	7,0
0118	3	4,2
0202	2	2,8
0204	1	1,4
0215	2	2,8
0218	2	2,8
0202	1	1,4
0204	1	1,4
0215	1	1,4
0218	1	1,4
0301	6	8,5
0303	3	4,2
0304	1	1,4
0404	1	1,4
0606	1	1,4
0707	5	7,0
0711	2	2,8
0802	6	8,5
0806	1	1,4
0808	2	2,8
0809	3	4,2
0815	1	1,4
0816	5	7,0
0818	1	1,4
0909	1	1,4
1001	1	1,4
1111	1	1,4
1119	1	1,4
1215	2	2,8
1304	1	1,4
1307	1	1,4
1311	1	1,4
1313	2	2,8
1314	1	1,4
1413	1	1,4
1414	1	1,4
1717	2	2,8
Total	71	100

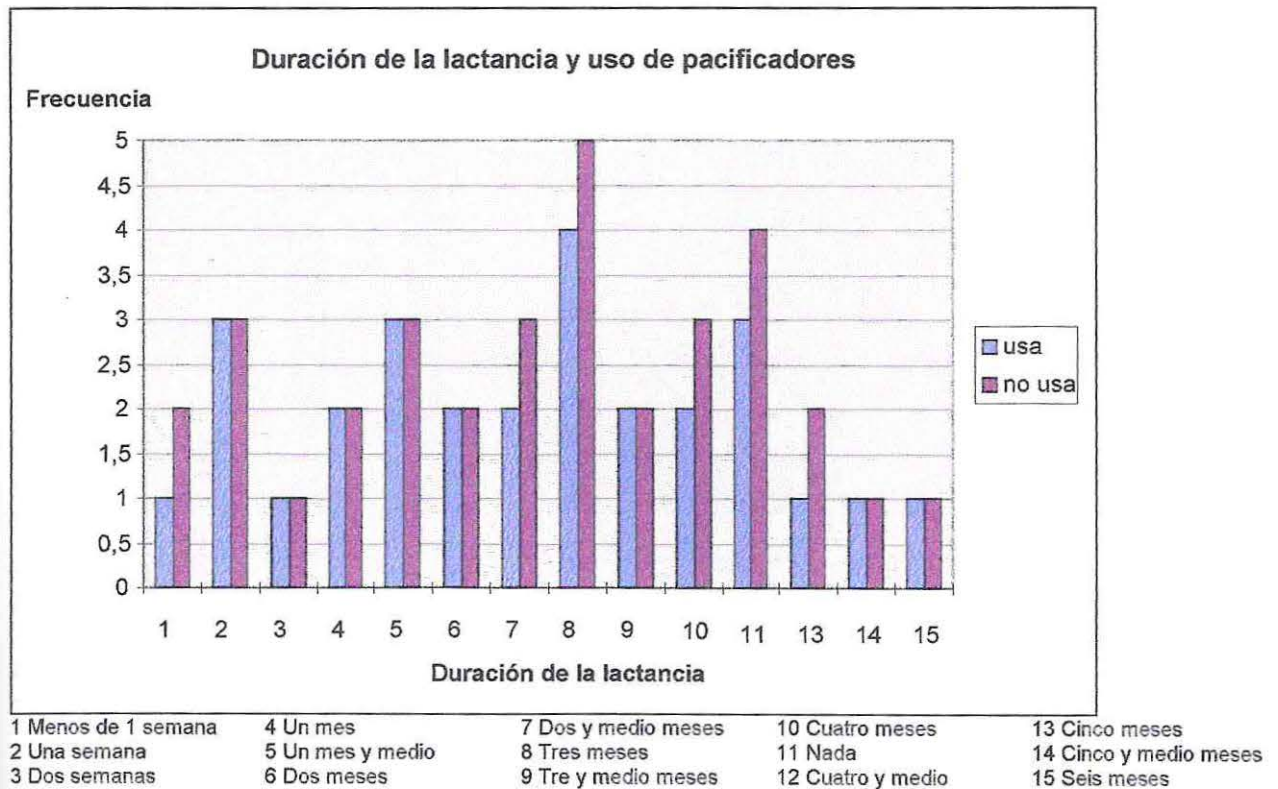
*Las características de cada modelo según código son descritas en el anexo N°3

Del total de madres encuestadas el 70,8%, daba pecho a su hijo al momento de la encuesta y el 29,2% no daba pecho. De los niños que al momento de la encuesta tomaban pecho el 49,4% usan pacificadores y el 50,5% no usaba. De los que no toman pecho el 82,9% usaba pacificador y el 17,1 % no usaba pacificador.

De las madres que dan pecho en el 65,5% es pecho exclusivo y el 34,5% no.

No hay diferencia estadísticamente significativa entre los niños que usaban y no usaban pacificador en relación a la duración de la lactancia. ($p >$ que alfa) (Gráfico N°6)

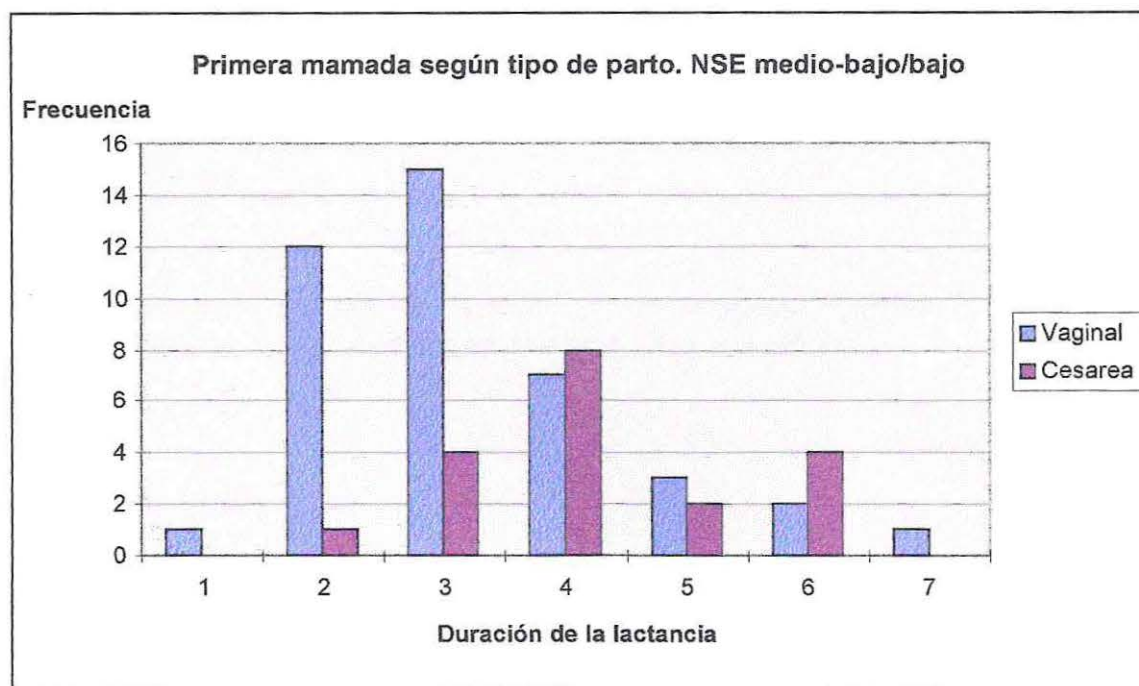
Gráfico N°6 Duración de la lactancia y uso de pacificadores



De las madres del grupo medio-alto, alto que tuvieron a sus hijos por parto normal, el 11,1% a las 2hrs, el 48,15% dio su primera mamada a las 4hrs., el 25,93% a las 8hrs. y. De las madres de esta mismo grupo, que tuvieron a sus hijos por cesárea el 39,4% dieron de mamar por primera vez a las 4hrs. El 30,3% a las 8hrs y el 15,65 a las 24hrs. (Tabla VIII Gráfico 7).

De las madres del grupo medio-bajo/bajo que tuvieron a sus hijos por parto normal el 2,56% en la sala de parto, el 30,7% a las 2hrs. , el 38,46% dio de mamar por primera vez a las 4 hrs., y el 17,9% a las 8hrs.. De las madres de este mismo grupo que tuvieron a sus hijos por cesárea, el 19,05% a las 4hrs el 38,09% dio su primera mamada a las 8hrs, el 23,8% a las 48hrs. y. (Gráfico 8)

Gráfico N°7: Primera mamada según tipo de parto en madres del nivel medio-alto, alto (1995-1996)



2 Dos hrs. post- parto

4 Ocho hrs. post-parto

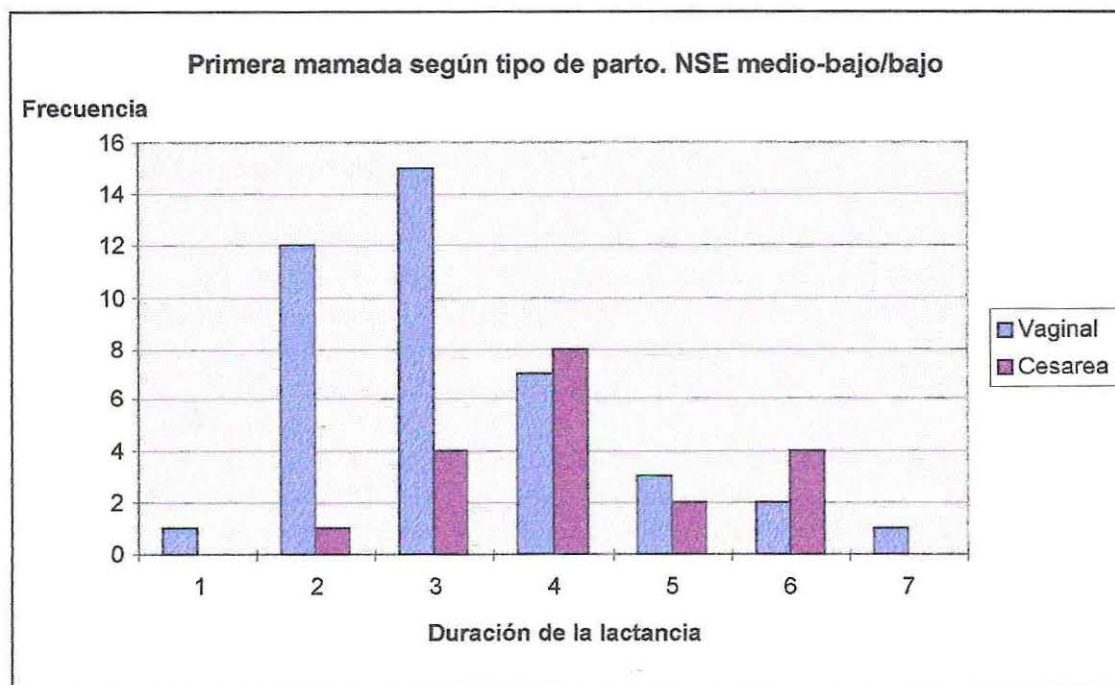
6 Cuarentaiocho hrs. post-parto

3 Cuatro hrs. post-parto

5 Veinticuatro hrs. post-parto

7 Nunca ha mamado

Gráfico N°8 : Primera mamada según tipo de parto en madres del nivel medio-alto alto.
(1995-1996)



2 Dos hrs. post- parto

4 Ocho hrs. post-parto

6 Cuarentaiocho hrs. post-parto

3 Cuatro hrs. post-parto

5 Veinticuatro hrs. post-parto

7 Nunca ha mamado

De las madres que salieron amamantando bien de la maternidad (68,3%), el 45,1% de sus hijos presentaban succión digital, 26,8% succión de biberón y 21,9% no presentaban otro hábito de succión, el 2,4% succiona un genero y un 3,6% otra succión. De las madres que salieron amamantando muy bien, el 605 de sus hijos presenta succión digital, el 20% succión de biberón, el 10% otra succión y el 10% no presenta hábito de succión. De aquellas que salieron amamantando regular, mal y muy mal, el 46,7% presenta succión digital, el 33,3% biberón, el 14,2% otra succión y el 4,7% nada.

De aquellas que no dieron de mamar el 71,4% presenta succión de biberón y el 28,5% succión digital.

En cuanto al tiempo de mamadas por pecho, hubo un 47,5% que mamaba 10 min. por pecho, un 20,8% 15 min. por pecho y más de 15 min. un 18,3%, un 7,5% 5min. por pecho y un 5,8% no mamó.

Para el 62,5% de la muestra, la indicación de mamadas fue demanda espontanea, el 1,6% cada dos horas, el 21,6% cada tres horas, y el 14,2% cada cuatro horas. Del grupo de madres que se les indico demanda espontanea, en el 42,5% de los casos esta no se realizó, y el 24,2% se mantuvo con esta indicación durante el periodo de dos a tres meses, 11,7% tres a cuatro semanas, y el mismo porcentaje por más de cuatro meses, el 10% una a dos semanas..

Del grupo de madres que se mantuvo mayor tiempo bajo demanda espontanea (39,3%), un 65,5% usaba pacificadores y un 34,5% no usaba..

Un 50,8% de las madres tuvo alguna dificultad para la lactancia, de este grupo el mayor porcentaje (39,3%) declaro como dificultad no tener suficiente leche y un 27,9% desarrollo heridas en el pezón, el porcentaje restante se dividió entre las siguientes dificultades : el bebe no tomo bien el pezón (11,5%), dificultad para respirar del niño (3,3%), mastitis (8,2%), problemas de horario (6,6%) y dificultad para succionar (3,3%). El 67,3% de estos niños usan pacificadores al momento de la encuesta, y un 32,7% no usa

De los niños que presentaron otitis (3) el 60% continuaban bajo un régimen de amamantamiento, en un caso (20%) la lactancia duró una semana, y también en un caso (20%), la lactancia duró 6 meses .

DISCUSIÓN

Coincidente con la opinión de muchos autores (Minchin y cols.1986; Tomasi, 1995; Cesar G. Victora,1995) los datos arrojados por la muestra en estudio advierten que el uso de pacificadores es una práctica usual (59,2%). Al analizar el grupo medio-alto/alto, un 61,7% de los niños usaban pacificadores y en el grupo medio-bajo/bajo un 56,7% usaban pacificadores, estos resultados no son coincidentes con lo encontrado por Mathur (1990) donde la mayor frecuencia de uso corresponde al nivel medio-bajo con un 83,6%, esto podría tener explicación en que nuestra muestra abarca a niños hasta de seis meses y la muestra de Mathur es de seis meses a seis años.

Con respecto a la escolaridad de las madres cuyos hijos usaban pacificadores se observo que el 49,3% de ellas tienen estudios superiores, esto no coincide con lo publicado por Tomasi (1994), donde la escolaridad de la madre esta inversamente asociada al uso.

En relación al número de hijos, de las madres encuestadas el 36,6% son primíparas y el 60,3% son múltiparas, de las primeras un 59,1% usaba pacificadores y un 40,9% no usaba. De las múltiparas un 59,2% usaban pacificadores y el 40,8% restante no usaban. A pesar de que los porcentajes de uso fueron altos no alcanzan a los encontrados por Tomasi en 1994 donde un 86% de las primíparas usaban pacificadores y un 14% no usaban; de las múltiparas un 77% usaban pacificador y un 23% no usaban.

De los resultados de la muestra estudiada es posible determinar que en un 74%, la madre, abuela o un pariente son los responsables de la introducción del pacificador, este resultado, a pesar de ser alto no alcanza a los valores publicados por Mathur (1990), donde en un 88,7% la madre, un familiar o un amigo fueron los responsables de la introducción del pacificador.

Los hijos de aquellas madres que compraron el pacificador antes del nacimiento, lo usan con una frecuencia muy similar a los hijos de las madres que lo adquirieron después del nacimiento (62,1% y 67,9% respectivamente). De lo anterior se podría pensar que el hecho de tenerlos disponibles tempranamente no aumenta la frecuencia del uso del pacificador.

A diferencia de lo publicado por Mathur (1990) donde cerca del 90% de los niños acepto un pacificador sin dificultad, en la muestra estudiada se observo que solo un 29,2% de los niños acepto inmediatamente un pacificador y un 30% lo acepto tras insistencia.

De los niños que usan pacificador, según los datos arrojados por la muestra, el 73,2% inicio el uso durante el primer mes de vida, esto coincide con el estudio realizado por E. Tomasi (1994) donde el 74% de los niños usan pacificadores al mes de edad.

A pesar de que el uso de pacificadores es ampliamente difundido se encontró que los hijos de las madres encuestadas no usaban el pacificador por largos periodos, sino más bien en momentos específicos, como por ejemplo para quedarse dormido (53,5%), pero no todo el tiempo mientras duerme (8,5%). EL tiempo de uso diario mas frecuente fue de 1-3hrs. diarias (73,2%). Esto nos permitiría suponer que en un estudio futuro de este grupo, no se deberían encontrar grandes alteraciones producto de este patrón de uso, lo que si podría suceder en aquellos con un uso diario mayor.

La principal razón expuesta por las madres de la muestra para el uso de pacificadores, fue para calmar al niño (45,8%), esto se repite en el grupo medio-alto/alto (51,7%) como en el grupo medio-bajo/bajo (40%) sin distingo de otras variables (edad de la madre, escolaridad, ocupación etc.). esto coincide con estudios por E. Tomasi y GP Mathur (1994).

En relación a lo beneficioso o dañino que pueda ser el uso de un pacificador, un alto porcentaje del total de madres lo considera más bien dañino (52,5%), sin embargo la mayoría lo usa (61,7%). En este tópico existen diferencias estadísticamente significativas entre las madres del grupo medio-bajo/bajo y medio-alto/alto (como se menciono en los resultados), ya que las primeras lo consideran en un mayor porcentaje más bien dañino (68,4%) y las segundas lo consideran más bien beneficioso (61,7%). Estas diferencias podrían explicarse por que en la encuesta esta pregunta no tenia una orientación clara, de si el beneficio era para la madre o para el niño.

Un alto porcentaje de las madres de ambos grupos percibe como riesgo del uso de pacificadores la deformación de los dientes y de la boca (81,6%), esto coincide con la literatura (Mathur, 1990; Tomasi, 1994)

En relación a los niños que presentan otros hábitos de succión, casi la mitad de la muestra corresponde a succión digital (45,8%), esto es levemente mayor a lo encontrado por Tomasi (1994) 33% en una muestra de 354 niños, de la ciudad de Pelotas. (Brasil)

En la muestra estudiada se observó que de los niños que usan pacificadores, el 50,7% lo llevan prendido, este porcentaje difiere de lo presentado por Mathur (1994) en cuya muestra el 34,4% de los niños (pertenecientes a la ciudad de Kanpur) que usan pacificadores lo llevan prendido.

Al contrario de lo encontrado por E. Tomasi, C. Victora y cols., no se encontró en la muestra asociación entre el uso de pacificadores y la duración de la lactancia. Esto se podría explicar porque la muestra seleccionada en este estudio comprende niños de hasta 6 meses de edad, con un promedio de 4,2 meses, y abarca un número mas reducido. En cambio la muestra tomada por E. Tomasi y cols. involucra a 354 niños menores de dos años.

El 71% de los niños que ya no mamaban y usaban pacificadores tuvieron alguna dificultad en la lactancia, este alto porcentaje podría estar indicando interferencia por el uso del pacificador pero no se tiene evidencia concluyente.

De los niños que no toman pecho y usan pacificador el 60% de sus madres relató como dificultad para la lactancia el no tener suficiente leche, en un 12% el niño no tomó bien el pezón y un 12% presentó congestión mamaria. Esto se relaciona con lo encontrado por Barros y cols. (1992) donde se encontró que al mes de vida las madres de los niños que usan pacificadores más a menudo reportan no tener suficiente leche (29,3%) y sus bebés se rehusaban a tomar pecho (10%).

De los niños bajo régimen de pecho exclusivo el 45,6% usa pacificador, esto a pesar de que no coincide se asemeja a lo encontrado por Barros (1992), donde el 39,7% de los niños que toman pecho exclusivo usan pacificador.

Un tercio de la muestra corresponde a los niños que toman pecho y usan pacificadores, de este grupo el 45,2% de las madres presentó alguna dificultad para la lactancia, dentro de las dificultades mencionadas el 31,6% relató heridas en los pezones y el 36,8% no tener suficiente leche. Estos niños podrían estar presentando una disfunción motora oral secundaria, cuyo signo patognomónico es que las madres presenten heridas en los pezones y asociado a esto una disminución en el flujo de leche.

CONCLUSIONES

- 1.- Del estudio realizado, se concluye que el uso de pacificadores es ampliamente difundido sin diferencias entre nivel socio económico, ocupación escolaridad de la madre
- 2.- Las madres de la muestra a pesar de percibir que existen riesgos asociados al uso del pacificador lo continúan ocupando.
- 3.- La introducción de pacificadores es a muy temprana edad (1 mes de vida),
- 4.- La madre (principalmente las multíparas), en un alto porcentaje es quien induce el uso del pacificador.
- 5.- No se encontró, en la muestra estudiada, asociación entre uso de pacificadores y duración de la lactancia.
- 6.- Se encontró diferencias en el uso del pacificador dependiendo de si este esta prendido o no a la ropa de niño.

SUGERENCIAS

- 1.- El periodo de lactancia debería ser exclusivo, sin la interferencia de pacificadores o biberones.
- 2.- Se sugiere mayor difusión y promoción de la lactancia.
- 3.- Se debería informar a las madres sobre las características que debe tener un pacificador para que su uso sea seguro.
- 4.- Al sugerir un periodo en el que se podría usar un pacificador, este sería después de los seis meses y hasta los dos años y medio.
- 5.- Debe haber un mayor conocimiento por parte del equipo médico, incluyendo al odontólogo, en relación al uso de pacificadores, sus consecuencias, diseño y características.
- 6.- Sería muy interesante llevar a cabo un estudio posterior, en este mismo grupo, en el cual poder determinar las consecuencias del uso de pacificadores, en la morfología maxilofacial, predisposición a otitis media y acortamiento de los periodos de lactancia .



RESUMEN

El uso de pacificadores es un hábito bastante difundido en el mundo moderno, a pesar de muchos efectos adversos, las madres prefieren mantener a sus hijos tranquilos mediante la introducción precoz del pacificador .

Existen pocas publicaciones acerca de las ventajas y desventajas del uso de pacificadores.

Para averiguar que motiva a la madre a introducir un pacificador y cuales son sus patrones de uso se realizo una encuesta a 120 madres, 60 del nivel socioeconómico medio-bajo, bajo (Hospitales Gustavo Fricke y Carlos Van Buren) y 60 del nivel socioeconómico medio-alto, alto. (Clínica Reñaca). La encuesta consistía en datos generales de las madres y los demás tópicos eran referentes a sus hijos, los que tenían entre dos a seis meses.

De la muestra, el 59,2% usaba pacificador en el momento de la encuesta ; el 2,55 usó pacificador, y el 38,3% nunca ha usado. Entre los que usan, lo hacen para quedarse dormidos el 53,5%, cuando lloran el 18,3%, cuando no están con sus padres el 14,1%, todo el tiempo mientras duerme el 8,5%, en cualquier momento del día 1,4% etc. La razón de uso principal fue para calmar a sus hijos. El uso de pacificadores fue igual para los hijos de las madres con diferentes niveles de escolaridad, como para las de clínicas y hospitales.

. BIBLIOGRAFÍA

- Anderson GC; Vidyasagard D. (1979) The development of non nutritive suckingin premature infants. Biol. Neonate. 14: 270
- Applebaum R.M. (1970) The modern management of successful breastfeeding. Pediatric clinics of North America. 17: 203-225.
- Azevedo J., Pelegrim N. y cols. (1994) Escolha correta dos bicos e chupetas, An. Sider. Nac. Volta redonda. 8 (4) : 93-94 out/dez
- Barnett H. Edward M. (1978) . Terapia oclusal en odontopediatria. Buenos Aires De. Médica Panamericana pág. 185-92.
- Barros F., Victora C., Semer T., Filho S., Tomasi E., Weiderpass E. (1995) "Use of pacifiers is associated with decreased breast-feeding duration" Pediatrics Vol. 95 No. Pág.497-99
- Bernbaum j., Pereira G., Walkins J., Peckham G. (1983) "Non nutritiva sucking during gavage feeding enhances growth and maturation in premature infants" Pediatras Vol. 71 No. 1 Pág.41-5.
- Braham R. Marle E. Morris (1989). Conducta y personalidad, Odontología pediátrica. Edit. Panamericana. pág. 111-112.
- Campos Gates R.M. (1994) Rocking and pacifiers: Two conforting interventions for heelstick pain. Research in Nursing & Health. 17 321-331.
- Casado M. , Coronel F., Vidal L. (1992) cap. 6 Lactancia materna preguntas y respuestas, Chile, Ed. Universitaria.
- Council Successful Breastfeeding Royal college of Midwives. (1991) For Churchill livengstone Publisher Mary Law, London Editorial Resources unit. second edition.
- Crup P.E.; Gore P.M, Horton .C.P.(1958) The sucking behaviour in premature infants, Hum. Biol. 38: 128-141.
- Da Silva O. G. y cols. Sucking habits: Clinical Management in Dentistry Jornal of Clinical Management in Dentistry, vol 15 N°3 1991
- DiPrieto J., Cusson R., O'Brien M., Fox N., (1994) Behavioral and phisiologic effects of nonnutritive sucking during gavage feeding in preterm infants. Pediatric Research. Vol.36, No. 2 , pág. 207-213
- De Oliveira G. (1991) Relaçao entre sucçao de chupeta e dedos. Pediatria Moderna. Vol. XXVI, No 1, pág. 39-43.

- Dubignon JM; Campbell E; Partington MW. (1959) The development of non nutritive sucking in premature infants. *Biol. neonate* 14: 270.
- Enlow (1992). Cap. 10 crecimiento maxilofacial 3era edic. De. Interamericana.
- Federal Register (1977) Requerimientos técnicos para la seguridad en la fabricación de pacificadores. Vol 42 No. 126.
- Field T. Goldson E.(1984) Pacifying effects of nonnutritive sucking on term preterm neonates during heelstick procedures. *Pediatrics* Vol. 74 No.6. Pág.1012-101--
- Fields H.W. (1991) Craniofacial growth from infancy through adulthood : Background and clinical implications. *Pediatr Clin. North Am.* 38:10-53
- Finn S. (1980), Caps. 14-17-26 , México De. Interamericana. Pags; 283-4, 336-8, 514-28
- Finn S.; Sim J. (1986). cAP. 17 Hábitos bucales infantiles, *Odontología Pediatría*. Pag. 326-8
- Friman P., Barton D., Schmitt. (1989) Thumb sucking: Pediatricians' guidelines. *Clinical Pediatrics*. Vol. 28 No. 10 pág. 438-440
- Graber (1974) Funciones del sistema estomatognático, Teoría y práctica, Nueva editorial Interamericana.
- Graber (1980) Caps. 6 3? y 13, *Ortodoncia teoría y práctica*, México 3era edición De. Interamericana
- Graber T, Neuman Bedrich; cap. 6. *Aparatología ortodóncica removible*. Buenos Aires Argentina, De. Médica Panamericana.
- Gupta, A., Gupta, R.(1992) Obstetric and infant feeding practices in Punjab effects of educational intervention. *Indian Pediatrics*. 29(3):333-5
- Harndt E y Weyers, (1969) *Odontología infantil*, Buenos Aires ,1era edic. Edit. Mundi, pág (493-529)
- Hopking G.B. (1967) "Neonatal and adult tongue dimensions. *Angle Orthod.* 37: 32-133
- Klackenberg (1949) Thumb sucking: Frequency and etiology. *Pediatric* 4: 419-23.
- Koch G., Méeder T., Polsen S., Rasmussen (1994), cap. 3, *Odontopediatría enfoque clínico*. Edit. Médica Panamericana. Pág. 14-17.

- Kurup V. P.; Kumar A.; Kelly K.Y. and Fink J.N., (1993) Characterization of a monoclonal antibody against latex protein associated with latex allergy. *J Allergy Clin. Immunol*, November; 92: 639-643.
- Kurth I (1987) "Mordida abierta anterior y función muscular en preescolares con mal hábito de succión" Trabajo de perfeccionamiento para optar al título de Cirujano Dentista. Pág 22-29-35-37.
- Larson, E. *European Journal of orthodontics*. vol. 7: 172-176
- Larson E., Ogaard B., Lindsten R. (1992) Dummy and finger-sucking habits in young Swedish and Norwegian children. *Scand. J. Dent.* 100: 292-5
- Linder A., Hellsing E. (1991) Cheek and lip pressure against maxillary dental arch during dummy sucking. *European Journal of Orthodontics* 13 . Pág. 362-366.
- Linder A, Modéer T., 1989 "Relation between sucking habits and dental characteristics in preschool-children with unilateral cross-bite. *Scand J. Dent Res*; 278-83.
- Manns (1993) Cap. 7. Sistema estomatognático. Santiago de Chile 1era edic. Facultad de Odontología U.de Chile.
- Mathur GP, Mathur S, Khanduja GS. (1990) Non nutritive suckling and use of pacifiers. *Indian Pediatr.* 27;1187-1189
- Mathur GP, Mathur S. (1990) Pacifiers - Are they really necessary? *Indian Pediatr.* 27: 638-640
- Minchin M. (1986) *Food for Thought* 3rd edn. Sidney, Unwin Paperbacks and dine publication. pp 99-195.
- Melsen, B., Stensgaard, K y Pederson. J. *European of Orthodontics*. 1:271-280
- Mc Donald (1980). Cap. 18 Odontología pediátrica y del adolescente Buenos Aires, 5ta edic. Edit. Médica Panamericana.
- Moreno Ancilo A., Lopez Serrano M.C., Barranco Sanz P., Ornia Fernández M. y Martínez Alzamora F. (1994) Sensibilización al latex en 28 pacientes. *Allergol. Et Inmuno Pathol.* 22, 6 pág.275-80
- Morban Lancer (1982). Oral habits in children and their psychological trauma. *Acta Odontológica Pediátrica*. June 3 (1): 5-11
- .- Moyers (1976) Cap. 2-3-7-9. Manual de ortodoncia para el estudiante y el odontólogo general. Buenos Aires, 3era edic. Edit. Mundi
- Moyers (1960) Tratado de ortodoncia. cap. 2-3-7-9 México

- Moyers (1980) R.E Handbook of ortodontics , de 4 chicago, Mosby, year book.
- Nelson, Vanghan y Mc Kay (1973) Tomo 1 Tratado de pediatria. Barcelona, Edit. Salvat, pág. 26-143-154.
- Nelson W, Richard E. (1992) Tratado de pediatria, vol N°1 España Madrid, 14ava edic. Edit. Interamericana.
- Niemela M., Uhari M., Hannuksela. (1993) Pacifiers and dental structure as risk factors for otitis media. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 29 121-127.
- Olivares M. (1986) Aplicación de la autoinstrucción en la capacitación de profesores de educación básica, en la detección de los malos hábitos bucales . Trabajo de perfeccionamiento para optar al título de Cirujano Dentista.
- Palacios J. (1985). Cap. 2: ILa inteligencia sensoriomotora. Psicología Evolutiva . Tomo: Desarrollo cognitivo. Madrid edit. Alianza, pág: 57-58-59.
- Papalia D.E.; Wendkos S. (1993) Cap. 1-5. Desarrollo humano. Colombia, Mc. Graw-Hill interamericana, pág. 14-15-16-17-149-150.
- Perez Sanchez(1992) Obstericia. Stgo.Chile, 2da edic. Publicaciones técnicas Mediterraneas.
- Peterson John E Jr., (1991) "Oral habits. A behavioral aproach" Pedaitric Clinics of North America-vol. 38 No. 5
- Popovich, F., Thompson G.W. (1973) Tumb and finger sucking it's relation to malocclusion. Am. J. Orthod. 63:148-55.
- Ramfjord S. (1972) cap. 4. Oclusión. México. 2da. edic. Edit. Interamericana.
- Ravn J. (1974) "The prevalence of dummy and finger sucking habits in Copenhagen children until the age of 3 years" Communur Dent. Oral Epidemiol. : 2: 316-322
- Regam S. (1984) The infant silencer. Consumer Interpol Focus. 8:1-6
- Sehgal S.K., Prakash O., Gupta A., Mohan M., Anand N.K. (1990) Evaluation of beneficial effects of nonnutritive sucking in preterm infants. Indian Pediatrics, Vol. 27, No 3.
- Shellhorn C. (1992) Cap. 2-3-4-5-6-7. Control odontológico del niño sano. Stgo. de Chile. Edit. para Primadent por Atos.
- Shellhorn C. Valdes V. (1995) Lactancia materna. Comisión nacional de lactancia materna del ministerio de salud de Chile.

-
- Shellhorn C.(1996) Entrevista personal.
 - Spock B. (1963) The shaving for autonomy and regressive object relationships. Psychol. Study Chid 18:361-364.
 - Stuart D. (1995) Habits affecting dental and maxillofacial growth and development. Dental Clinics of North America . Vol 39 No. 4 pág. 851-859.
 - Sverdmir, B. (1977) Dummy Sucking. A study of its prevalence, duración and maloclusión consequences. Swed. Dent. J. 3:205-210
 - Tapia M. E. (1976) Mordida abierta . Trabajo de perfeccionamiento para optar al título de Cirujano Dentista. Concepción
 - Tomasi E., Victora C., Olinto MTA. (1994) Padroes e determinantes do uso de chupeta em crianças. Jornal de Pediatria . Vol. 70 No 3, pág.167-70.
 - Victora CG, Tomasi E, Olinto MTA, Barros FC. (1993) Use of pacifiers and breastfeeding duration. Lancet, 341: 404-406.
 - Weddel J. (1981) "Atherapy program to eliminate digital sucking habits. Quit ssence int. 16 (11): 779-84
 - Who/Unicef Protectin, (1989) Promotin and Supporting Breastfeeding the Special Role of Maternity Services. A Joint Who/Unicef Statement Genova: Who

Nelsing, E., King, F.S., *Breastfeeding in Practice: a manual for health workers*. Oxford: Oxford University Press, 1982, pp. 37 - 128.

Anand, K.J.S., and Hickey, P.R. (1992). Halothane-morphine compared with high-dose sufentanil for anesthesia and postoperative analgesia in neonatal cardiac surgery. *New England Journal of Medicine*, 326, 1-9.

Dubignon, J.M., Campbell, E., Partington, M.W. The development of non-nutritive sucking in premature infants *Biol. Neonate* 1959, 14:278.

Crump, P.E., Gore, P.M., Horton, C.P. The sucking behaviour in premature infants. *Hum Biol* 1958, 30:128-141.

Anderson, G.C., Vidyasagar, D. Development of sucking in premature infants from 1 to 7 days post birth. *Birth defects* 1979, 15:147-171.

Di Pietro J.A., Cusson, R.M., O'Brien, M., Fox, N. (1994) Behavioral and Physiologic effects of non-nutritive sucking during Gavage Feeding in preterm infants, *Pediatric Research* Vol 36 N°2 pp 207-213.

Hahoum, H.I. Anterior open bite : A cephalometric analysis and suggested treatment procedures. *Am. J. Orthod.* 67:513-521. 1975

Baer, P. and Lester, M. *The Journal of Pedodontics* Vol 11:113. 1987.

ANEXO N°1

Carta de presentación entregada a las madres:

HOLA.....

Somos estudiantes de 5° año de la Universidad de Valparaíso, nuestros nombres son Ania Olgún, Paula Pino, e Isabel Torres, y queremos solicitar su colaboración para realizar un trabajo de investigación sobre la aparición del primer diente de leche de su hijo
.....

Para ello le haremos una entrevista muy sencilla y breve en cuatro meses más, y la podemos visitar en su casa o en el lugar que más le acomode.



ANEXO N°2

Encuesta realizada a las madres:

ENCUESTA MADRES**1) ANTECEDENTES DE LA MADRE:**

Nombre:
Dirección:
Ciudad:

Edad:
Fono:
Fecha de nacimiento:

Estado civil:

1) Casada
2) Separada
3) Viuda
4) Convive
5) Soltera

Ocupación:

1) Dueña de casa
2) Empleada oficina
3) Empleada comercio
4) Obrera fábrica
5) Asesora del hogar
6) Empresaria
7) Profesional
8) Estudiante
9) Otra

Escolaridad:

1) Básica completa
2) Básica incompleta
3) Media completa
4) Media incompleta
5) Superior

Cuantos hijos tiene:

2) ANTECEDENTES DEL NIÑO

Nombre
Fecha de nacimiento
Edad

Tipo de parto:

1) Vaginal
2) Cesárea
3) Vaginal con forceps
4) Vaginal prolongado
5) Cesárea prolongada

Anestesia:

1) General
2) Epidural
3) Sin anestesia

Hubo inducción:

1) Sí
2) No

Edad gestacional:

1) Término
2) Pretérmino

Peso:

Estado físico del recién nacido:

1) Sano
2) Patología general
3) Patología maxilofacial

Periodo de alejamiento:

1)Si 2)No

Si es si: Tipo de cuidado:

1)Incubadora 2)Terapia de luz 3)Otro

Lugar de nacimiento:

1)Hospital 2)Clínica

3) LACTANCIA:

Que tomó primero:

1)Chupete 2)Pecho 3)Biberón

Primera mamada:

1)En la sala de parto 2)Dos hrs. post. parto 3)Cuatro hrs. post. parto
4)Ocho hrs. post. parto 5)Veinticuatro hrs. post. parto 6)Cuarentaiocho hrs. y más
7)Nunca ha mamado

Tomo biberón neonatal:

1)Suero glucosado 2)Formula 3)No se

Como salió amamantando de la maternidad:

1)Muy bien 2)Bien 3)Regular
4)Mal 5)Muy mal

Frecuencia de mamadas indicadas

1)Demanda espontánea 2)Cada 2hrs. 3)Cada 3hrs.
4)Cada 4hrs. 5)Al menos una mamada nocturna

Si (1) cuanto duró la demanda espontánea:

1)1-2 sem 2)3-4 sem. 3)2-3 meses
4)4 o más meses 5)No hubo

Cuanto tiempo mama (o)cada pecho

1)5 min. por pecho 2)10 min. por pecho 3)15 min. por pecho
4)Más de 15 min por pecho 5)No hubo

Toma pecho aún:

1)Si 2)No

Si aún pecho sí, es exclusivo:

1)Si 2)No

Cuanto duró el periodo de lactancia

1)Menos de una semana 2)Una semana 3)Dos semanas
4)Un mes 5)Un mes y medio 6)Dos meses
7)Dos y medio meses 8)Tres meses 9)Tres y medio
10)Cuatro meses 11)Nada 12)Cuatro y medio meses
13)Cinco 14)Cinco y medio 15)Seis

Tuvo alguna dificultad para lactancia

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| 1)Si | 2)No | |
| Si (1), tipo de dificultad: | | |
| 1)No tener suficiente leche | 2)No tomó bien el pezón | 3)Dificultad para respirar del niño |
| 4)Mastitis | 5)Heridas del pezón | 6)Problemas de horario |
| 7)Nada | 8)Dificultad para succionar | |

Tipo de heridas:

- 1)En la punta
- 2)En la base

4)Chupete

Indicación del chupete en la maternidad:

- | | |
|------|------|
| 1)SI | 2)No |
|------|------|

Quien sugirió el uso del pacificador:

- | | | |
|-----------------------|-----------|------------|
| 1)Iniciativa personal | 2)Marido | 3)Tío |
| 4)Abuela | 5)Vecino | 6)Pariente |
| 7)Enfermera | 8)Matrona | 9)Pediatra |
| 10)Otro | | |

Modelo de chupete sugerido:

Marca:

El primer chupete:

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|-------------------|
| 1)Lo compro antes del nacimiento | 2)Lo compro después del nacimiento | 3)Se lo regalaron |
| 4)Otro | | |

Uso del pacificador:

- | | | |
|-------|----------|------------------|
| 1)Usa | 2)No usa | 4)Nunca ha usado |
|-------|----------|------------------|

Actitud del niño ante el pacificador

- | | | |
|-----------|------------------------|-------------------------------|
| 1)Rechazo | 2)Aceptación inmediata | 3)Aceptación tras insistencia |
|-----------|------------------------|-------------------------------|

Inicio del uso

- | | | |
|--------------------|---------------|---------------|
| 1)En la maternidad | 2)1-2 semanas | 3)2-3 semanas |
| 4)4-5 semanas | 5)1-2 meses | 6)2-3 meses |
| 7)3-4 meses | 8)No ha usado | |

Si usó cuando lo dejó:

- | | | |
|--------------------|-----------|-----------|
| 1)Primeros 15 días | 2)Al mes | 3)2 meses |
| 4)3 meses | 5)4 meses | |

Si no usó, por que

- | | | |
|----------------|-------------------|--------|
| 1)No lo acepto | 2)No se lo ofrecí | 3)Otro |
|----------------|-------------------|--------|

Si no se lo ofreció cuál fue el motivo:

- | | | |
|--------------------|----------------------|--------|
| 1)Me lo sugirieron | 2)Creo que es dañino | 3)Otro |
|--------------------|----------------------|--------|

Si usa o usó, oportunidad de uso:

- | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| 1)Para quedarse dormido solamente | 2)Todo el tiempo mientras duerme | 3)Cuando llora |
| 4)Cuando no está con sus padres | 5)En cualquier momento | 6)Cuando tiene hambre |
| 7)Otra | | |

Tiempo de uso diario

- | | | |
|------------------------|--------------------------|-------------------|
| 1)Toda la noche | 2)La mayor parte del día | 3)1-3 hrs. al día |
| 4)Más de 4 hrs. al día | | |

Razones del uso del pacificador:

- | | | |
|---------------------------------------|--|---------------------------|
| 1)Porque todas las guaguas lo usan | 2)Porque es necesario para su desarrollo | 3)Para calmarlo |
| 4)Para compensar la falta de la madre | 5)Porque me lo sugirieron | 6)Para dormirse |
| 7)Pra evitar que se chupe el dedo | 8)Otra | 9)Para satisfacer succión |
| 10)Para entretenerlo | | |

Que tan beneficioso considera el uso de chupete

- | | | |
|-------------------------|------------------------|--------------------|
| 1)Sumamente beneficioso | 2)Más bien beneficioso | 3)Sumamente dañino |
| 4)Más bien dañino | | |

Antes de elegir conocía algún diseño mejor que otro:

- | | |
|------|------|
| 1)Si | 2)No |
|------|------|

Cual:

Sabe de que material se hacen los pacificadores:

- | | | |
|----------------|-------------|------------|
| 1)Si, silicona | 2)Si, látex | 3)Si ambos |
| 4)No | | |

Ha cambiado de chupete:

- | | |
|------|------|
| 1)Si | 2)No |
|------|------|

Si (1), porque:

Si (2), porque:

Lleva el chupete prendido:

- | | |
|------|------|
| 1)Si | 2)No |
|------|------|

Hijos que usaron chupete

- | | | |
|---------|-----------|-----------|
| 1)Todos | 2)Ninguno | 3)Algunos |
|---------|-----------|-----------|

En que se basó para elegir el chupete

- | | | |
|------------|-------------------|----------------------------------|
| 1)Precio | 2)Forma del pezón | 3)Forma de la pantalla |
| 4)Forma | 5)Color | 6)Diseño conocido como anatómico |
| 7)Material | 8)Procedencia | 9)Ortodoncico |
| 10)Otro | | |

Sabe de algún riesgo para un niño que use chupete

- | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1)Deformación de la boca | 2)Deformación de los dientes | 3)Alteración de la respiración |
| 4)Dificultad para masticar | 5)Atraso del lenguaje | 6)Dependencia afectivo-emocional |
| 7)Alteraciones de la autoestima | 8)Alteración de la expresión facial | 9)Alteración de la postura corporal |
| 10)Alteración de la columna vertebral | 11)Ningún otro | 12)Deformación de boca y dientes |
| 13)Infecciones | 14)Otro | |

Forma de uso del pacificador

- | | | |
|-------------|-------------|------------|
| 1)Al centro | 2)A un lado | 3)Al revés |
|-------------|-------------|------------|

Que modelo y marca usa actualmente

Tiene algún otro hábito de succión:

- | | | |
|-----------|----------|--------|
| 1)Biberón | 2)Legua | 3)Dedo |
| 4)Labio | 5)Género | 6)Otro |
| 7)Ninguno | | |

5) CHUPETE Y OÍDO MEDIO

Cuántas veces se ha resfriado.

- | | | |
|-----------|-------|-------|
| 1)Ninguna | 2)1-4 | 3)5-8 |
| 4)9-12 | | |

Cuántas veces ha tenido bronquitis

- | | | |
|-----------|-------|-------|
| 1)Ninguna | 2)1-4 | 3)5-8 |
| 4)9-12 | | |

Otitis:

- | | | |
|-----------|-------|-------|
| 1)Ninguna | 2)1-4 | 3)5-8 |
| 4)9-12 | | |

Manifestaciones de la otitis:

- | | | |
|---------|---------------|---------|
| 1)Dolor | 2)Secreciones | 3)Ambas |
|---------|---------------|---------|

6) CONSTITUCIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

El niño vive con:

- | | | |
|-------------------------|-------------------|------------------------------|
| 1)Sus padres y hermanos | 2)Abuelos | 3)Otros familiares |
| 4)Amigos | 5)Sólo madre | 6)Otros |
| 7)Padres y abuelos | 8)Mdre y hermanos | 9)Padres, hermanos y abuelos |

El niño pasa la mayor parte del tiempo con.

- | | | |
|-------------|---------------------|----------------|
| 1)Madre | 2)Otra persona | 3)Un familiar |
| 4)Sala cuna | 5)Madre y sala cuna | 6)Madre y nana |

ANEXO N°3

Clasificación de pacificadores

Características	Pantalla N°01	Pantalla N°02	Pantalla N°03	Pantalla N°4
Forma	Corazón	Redondo pequeño	Triangular	Mariposa
Material	Policarbonato	Plástico	Plástico	Policarbonato
Diseño	Concavo	Convexo	Convexo	Concavo
Agujeros	Si	No	No	Si
Argolla	Si	Si	Si	Botón
Pieza	2	2	2	2

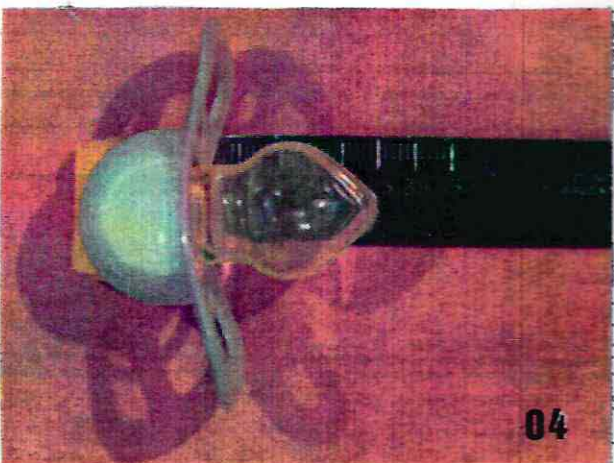
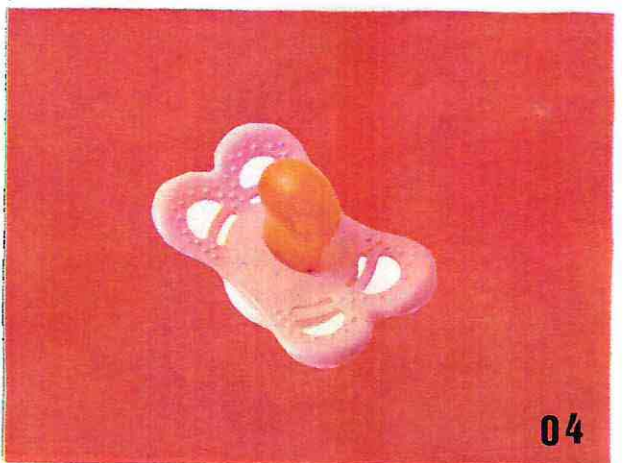
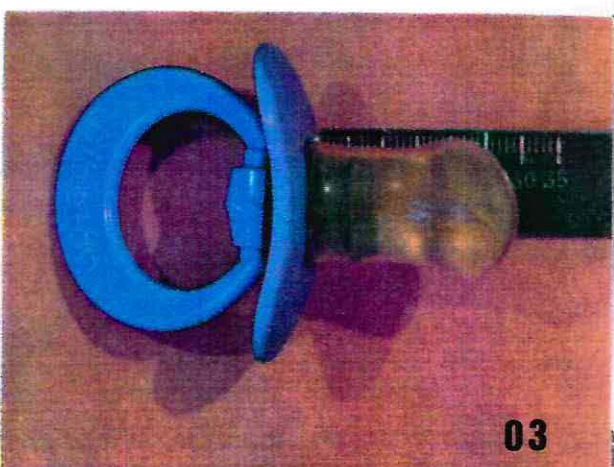
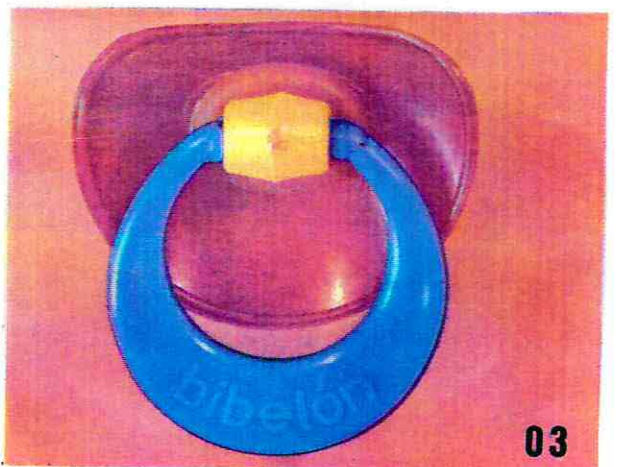
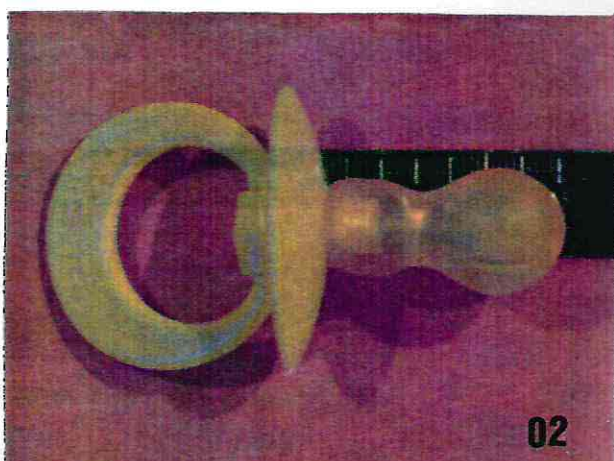
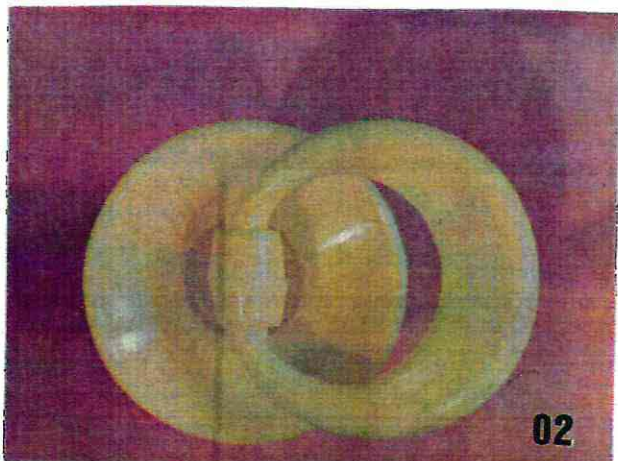
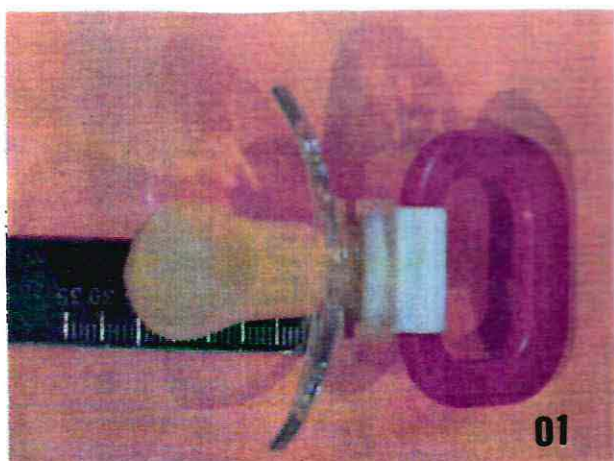
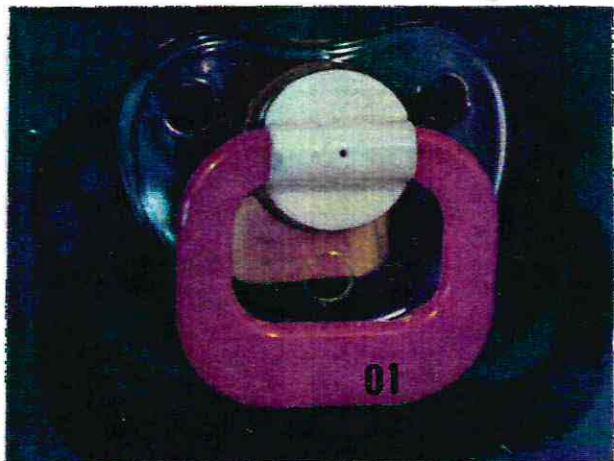
Características	Pezón N°01	Pezón N°02	Pezón N°3	Pezón N°4
Punta	Plana	Redonda grande	Plana	Triangular
Material	Latex	Latex	Latex	Silicona
Consistencia	Mediana	Blando	Blando	Blando
Forma cuello	Plana	Redondeado	Plano	Plano
Largo cuello	Mediano	Mediano	Mediano	Corto

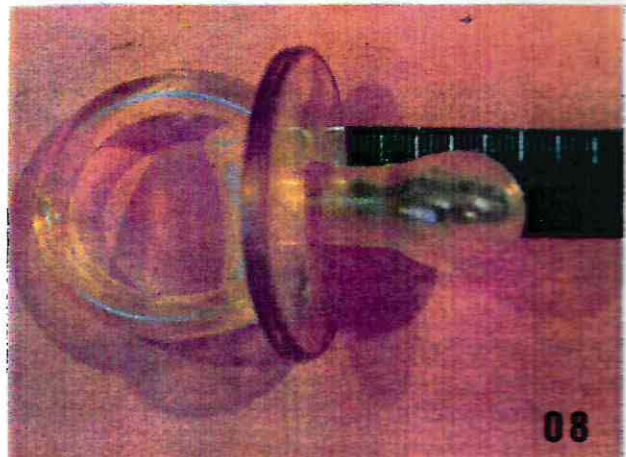
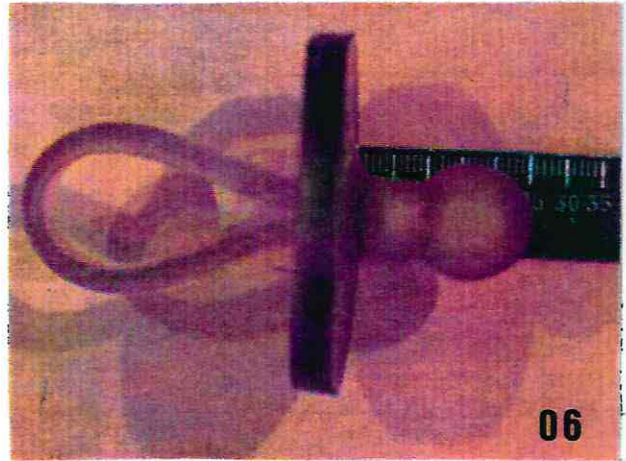
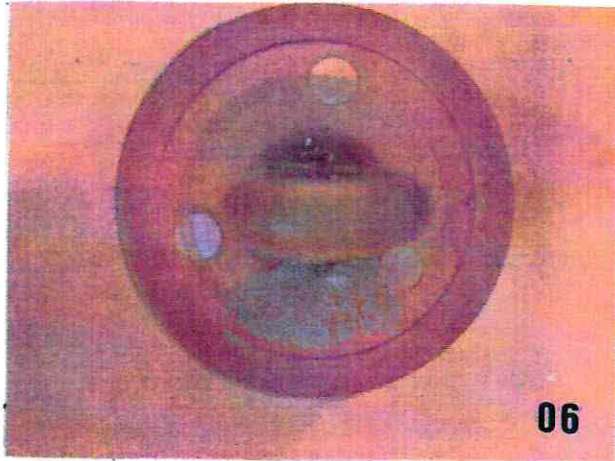
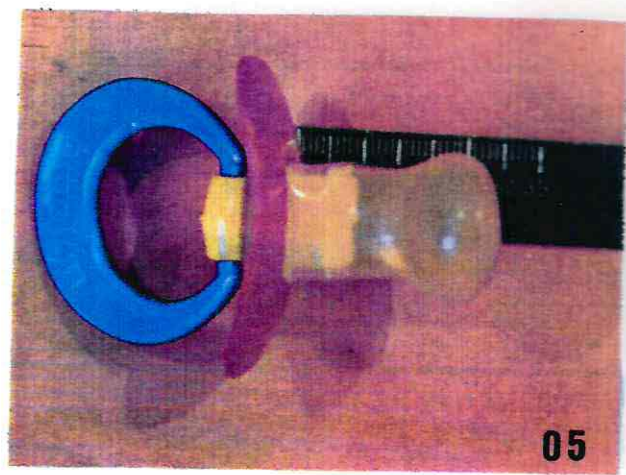
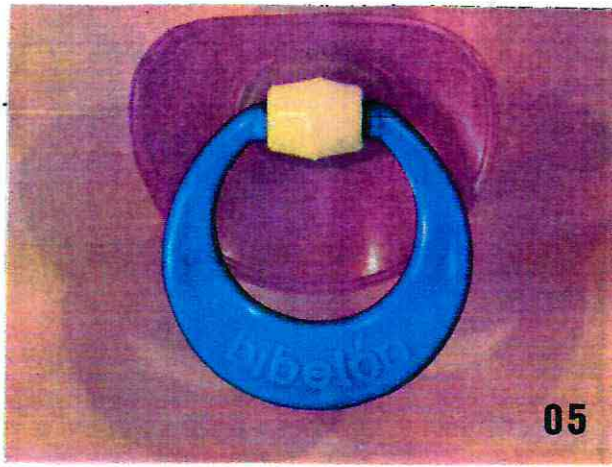
Características	Pantalla N°05
Forma	Triangular
Materia	Plástico
Diseño	Convexo
Agujeros	Si
Argolla	Si
Pieza	2
	Pezón N°05
Punta	Plana
Material	Latex
Consistencia	Mediana
Forma de cuello	Plano
Largo cuello	Largo

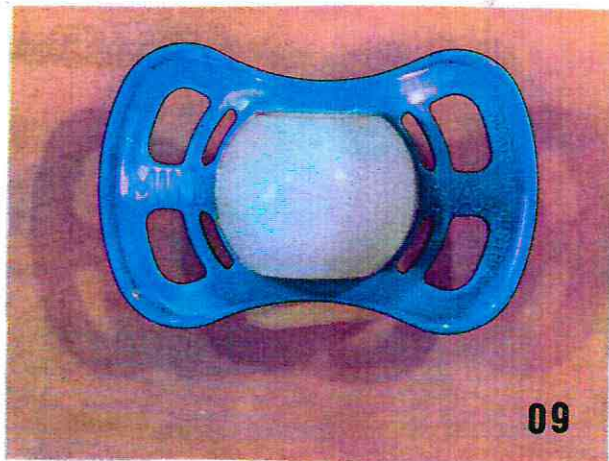
Características	Pantalla N°06	Pantalla N°07	Pantalla N°08	Pantalla N°09
Forma	Redonda	Corazón	Redondo mediano	Mariposa
Material	Latex	Policarbonato	Latex	Policarbonato
Diseño	Plano	Concavo	Plano	Concavo
Agujeros	Si	Si	No	Si
Argolla	Si	Botón	Argolla	Botón
Pieza	1	2	1	2
Características	Pezón N°06	Pezón N°07	Pezón N°08	Pezón N°09
Punta	Redonda	Plana	Redondo mediano	Ovalada
Material	Latex	Latex	Latex	Latex
Consistencia	Dura	Mediana	Mediano	Mediana
Forma de cuello	Cilindrico	Plano	Cilindrico	Plano
Largo de cuello	Corto	Mediano	Mediano	Corto

Características	Pantalla N°10	Pantalla N°11	Pantalla N°12	Pantalla N°13	Pantalla N°14
Forma	Mariposa	Mariposa	Mariposa	Corazón	Corazón
Material	Policarbonato	Policarbonato	Policarbonato	Silicona	Silicona
Diseño	Cóncavo	Cóncavo	Cóncavo	Cóncavo	Cóncavo
Agujeros	Si	Si	Si	Si	Si
Argolla	Botón	Botón	Botón	Si	Si
Pieza	2	2	2	1	1
	Pezón N°10	Pezón N°11	Pezón N°12	Pezón N°13	Pezón N°14
Punta	Ovalada	Redondo pequeño	Redondo pequeño	Plana	De gota
Material	Silicona	Látex	Silicona	Silicona	Silicona
Consistencia	Mediana	mediana	Dura	Dura	Dura
Forma cuello	Plano	Cilindrico	Cilindrico	Plano	Cilindrico
Largo cuello	Corto	Mediana	Mediana	Largo	Corto

Características	Pantalla N°15	Pantalla N°16	Pantalla N°17
Forma	Redonda	Corazón	Redonda
Material	Plástica	Policarbonato	Plástica
Diseño	Convexo	Plana	Plana
Agujeros	Si	Si	No
Argolla	Si	Si	Botón
Piezas	2	2	2
	Pezón N°15	Pezón N°16	Pezón N°17
Punta	Redonda		Redonda pequeña
Material	Silicona		Latex
Consistencia	Mediana		Mediana
Forma cuello	Cilindrico		Redondeado
Largo cuello	Mediano		Mediano







09



09



10



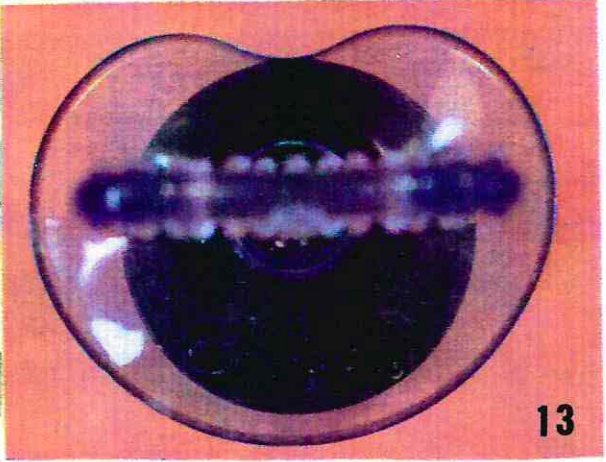
10



11

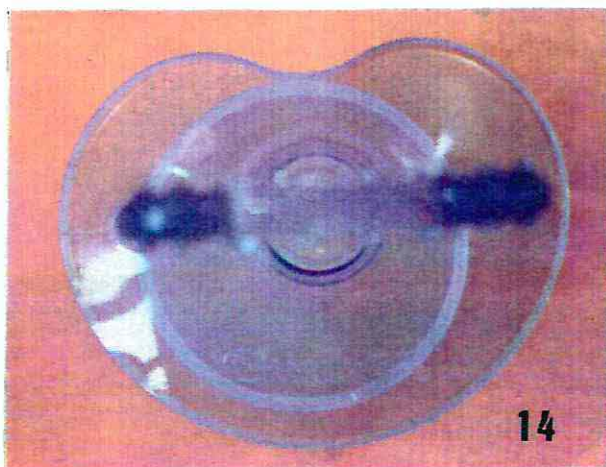


12

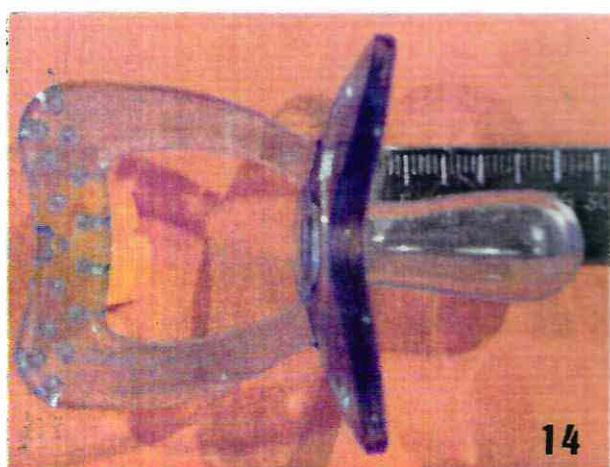


13

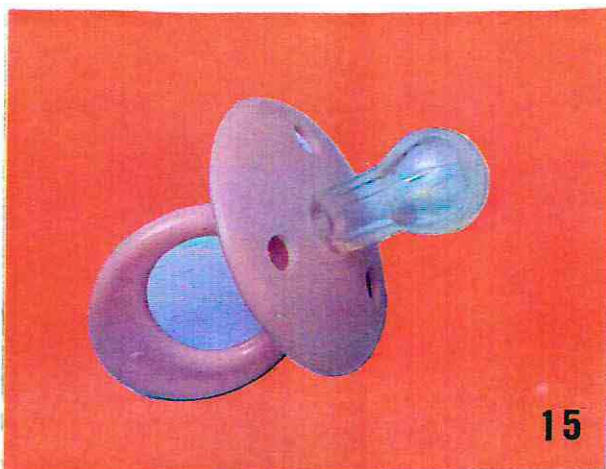




14



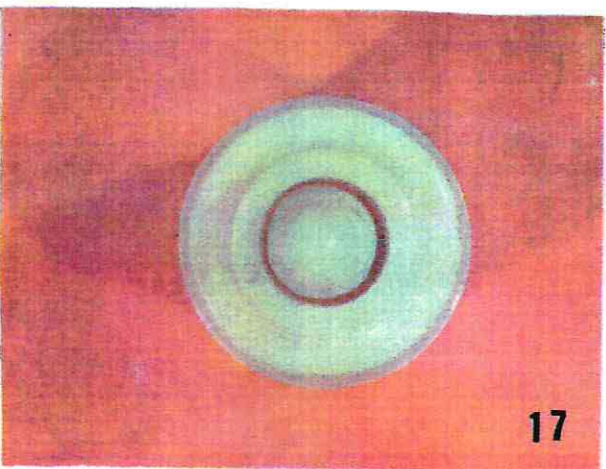
14



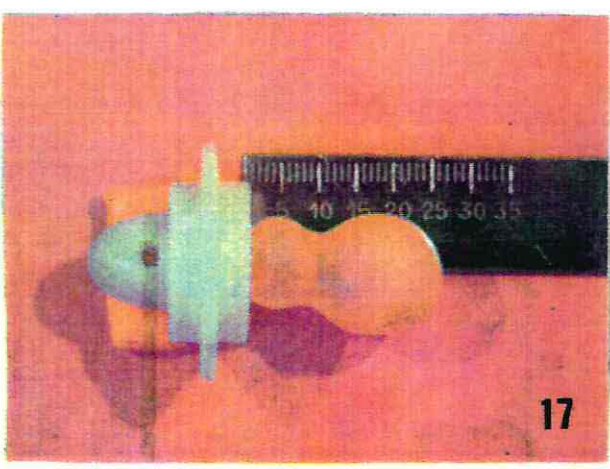
15



16



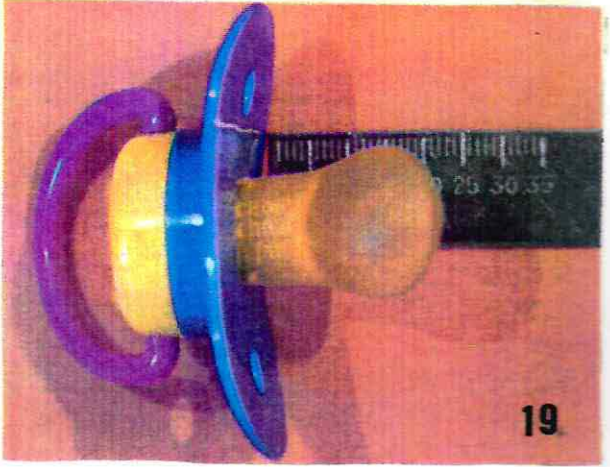
17



17



18



19